

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1967

T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

N°

641

par

LE LIRZIN Roger

Né le 21 Mai 1935 à Paris

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PROLAPSUS GENITAUX ET DE LEUR
TRAITEMENT CHIRURGICAL

Etude de 340 cas

Président : M. F. LEPAGE - Professeur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1967

N° _____

T H E S E

pour le
DOCTORAT en MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

LE LIRZIN Roger

Né le 21 Mai 1935 à Paris
Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PROLAPSUS GENITAUX ET DE LEUR
TRAITEMENT CHIRURGICAL

Etude de 340 cas

Président : M. F. LEPAGE - Professeur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F.de), GENNES (L.de), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLÉRY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN BROUET
1er ASSESSEUR (Daniel BARGETON
2ème ASSESSEUR (Paul CASTAIGNE

I- PROFESSEURS

I°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
"	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
"	DOGNON (A.)
"	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine Légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie Chirurgicale	LAURENCE (G.)
"	KUSS (R.)
"	VERNE (J.M.)
Pathologie exotique	N.....
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
"	BRICAIRE (H.)
"	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N.....
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
"	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
"	PARROT (J.)

Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne).	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	DEPARIS (M.)
	MILLIEZ (P.)
	BROUET (G.)
Cliniques médicales	BARIETY (M.)
	SEZE (S.de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	BOUDIN (G.)
	DEBRAY (Ch.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants- Malades).	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
" " (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICCNACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
" " (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
" " (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
" " (Pitié)	RAMBERT (P.)
" " (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

MM.

Hématologie	{ANDRE (R.) BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIDERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	{AZERAD (E.) BOUR (H.) CADROL (Ch.) GROSSIORD (A.) LAMBLING (A.) LAUNAY (Cl.) PAYET (M.) PERRAULT (M.) SIGUIER (F.) WORMS (R.)
Médecine	LE BEAU (J.) LHERMITTE F. PICHOT (P.) MADURO (R.)
Neuro-chirurgie	{POLONOVSKI (Cl.) ROYER (P.)
Neurologie	{KREIS (B.) MEYER (A.)
Neuro-psychiatrie	
Oto-Rhino-Laryngologie	DELBARRE (F.)
Pédiatrie	
Pneumo-Phtisiologie	
Rhumatologie	

II- PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	{CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	{COURSAGER (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRZARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES : MM.

Bactériologie HAUDUROY (P.)
Pr.s.ch
Pathologie chirurgicale RUDLER (J.)
Pr.s.ch.

IV- PROFESSEUR ASSOCIE

Statistique médicale et épidémiologique SCHWARTZ (D.)

.
.

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)
Conseillers administratifs Mlle CHAINTREUIL (G.)
M. FAYE (R.)
Conservateur en chef de la Bibliothèque {
Conservateur du Musée d'Histoire de la { M. le Docteur HAHN (A.)
médecine {
Conservateurs (Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT
(H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires {Mmes CONTET (J.), FORGET (F.)
{Mlles DUROZOY (M.F.),
{ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

A MA FAMILLE

A Monsieur le Professeur F. LEPAGE

Professeur de Physiologie et de Pathologie
Obstétricale à la Faculté de Médecine de
Paris
Membre de l'Académie de Médecine

Il m'a inspiré le sujet de cette thèse qu'il
me fait l'honneur de présider.

La rectitude de son jugement et son extrême
bienveillance resteront pour moi un modèle.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage
de ma profonde gratitude et de mon très res-
pectueux attachement.

A Monsieur le Professeur agrégé C. SUREAU

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Je lui dois beaucoup : il m'a communiqué son enthousiasme et enseigné son art. Il a permis que ce travail devienne durant mes années d'internat une source de réflexions et de recherches personnelles.

Qu'il soit assuré de ma reconnaissance et de ma respectueuse amitié.

A Monsieur le Docteur L. RENE

Chirurgien de l'Hôpital de la
Croix-Saint-Simon.

Je lui suis très reconnaissant de l'accueil
qu'il m'a réservé dans son service. Il m'a
communiqué de nombreux dossiers qui ont
permis la réalisation de ce travail.

Il ne cesse de me prodiguer de paternels
conseils pour mon avenir.

Qu'il trouve ici le témoignage de ma pro-
fonde et respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur B. JAMAIN

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux
Professeur au Collège de Médecine

Je lui suis profondément reconnaissant
de son aide, de ses conseils et de l'affec-
tueuse bienveillance qu'il m'a tou-
jours témoignée.

Je voudrais qu'il trouve ici l'assurance
d'un attachement filial et de mon affec-
tueuse et respectueuse estime.

A Monsieur le Professeur J. VARANGOT

Professeur de la Chaire de Clinique
Obstétricale et Gynécologique

Son enseignement empreint de clarté et
de précision m'a été précieux.

Qu'il veuille bien accepter l'assurance
de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur J.M. VERNE

Chirurgien des Hôpitaux

Il m'a accueilli comme externe puis
comme interne dans son service où j'ai
beaucoup appris.

Je le remercie de son enseignement et
le prie de trouver ici l'expression de
ma reconnaissance et de mon respect.

A Monsieur le Docteur M.J. MICHON

Il a bien voulu m'accueillir dans
son service pour la fin de mon
internat et m'initier à l'Urologie.

En hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur LEBEL

Chirurgien de l'Hôpital de Mantes

Il m'a accueilli dans son service pendant
la première année de mon internat.

En témoignage de ma reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

Monsieur le Professeur MOLLARET
Monsieur le Professeur C. LAROCHE
Monsieur le Professeur GAULTIER

Externat en Premier

Monsieur le Docteur ANTONELLI
Monsieur le Professeur G. RICHEL

Internat

Monsieur le Docteur DIONIS DU SEJOUR
Monsieur le Docteur BASSET
Monsieur le Docteur LETESSIER
Monsieur le Docteur DELAGARDE

Une partie de ces observations est due
à l'obligeance de Monsieur le Docteur
BLANC, Chirurgien-Assistant à l'Hôpital
Bon-Secours. Je l'en remercie très vivement.

I N T R O D U C T I O N

Dans cette étude, nous avons 340 cas de prolapsus génitaux. Bien que ces observations soient d'origines très diverses, il nous a semblé intéressant de les colliger et d'en tirer un certain nombre de conclusions pratiques.

Voici le plan suivi : après une exposition de notre matériel d'étude, nous avons étudié ces prolapsus en les groupant selon le type d'intervention pratiquée. Ensuite, nous en avons analysé les résultats. Il est évident que certaines observations peuvent se trouver citées deux fois quand la patiente a subi en même temps deux interventions. Ainsi par exemple, cure associée d'une incontinence d'urines et du prolapsus.

MATERIEL D'ETUDE

1- Ces 340 cas de prolapsus génitaux ne constituent pas une série homogène, loin de là. En effet, les observations proviennent :

- de la Maternité Pinard (Service de Monsieur le Professeur LEPAGE)
- de l'Hôpital de la Croix St-Simon (Service de Monsieur le Docteur RENE)
- de la clientèle privée de Monsieur le Docteur BLANC.
- Enfin, certaines observations proviennent soit de services où nous avons été interne, soit de remplacements que nous avons faits.

Il est bien évident que cette hétérogénéité ne permet pas une étude aussi précise qu'on pourrait le souhaiter : en particulier on ne saurait calculer les pourcentages qu'avec prudence. Cependant, il nous semble que l'intérêt de ce travail réside dans l'analyse et le bilan très concret de ces observations recueillies au cours des années de notre internat.

2- Parmi ces 340 cas, 81 furent opérées antérieurement une ou plusieurs fois. Ces interventions se répartissent de la façon suivante :

- hystérectomies subtotales	36
- hystérectomies totales	8
- hystérectomie vaginale	1
- hystéropexies antérieures	31
- périnéorraphies antérieures	16
- périnéorraphies postérieures	15

- opération de Lefort (échec complet)	1
- cure d'élytrocèle par voie combinée	1
- cloisonnement du Douglas	3

3- De plus, 11 femmes avaient présenté au moment d'un de leurs accouchements, un périnée complet dont la réparation n'avait pas toujours présenté les qualités désirées. Ainsi une femme de 64 ans présentait depuis 25 ans une fistule recto-vaginale qui d'ailleurs ne semblait pas la gêner beaucoup. Une autre présentait après une périnéorraphie postérieure faite en province une fistule recto-vaginale qui dût être traitée selon le procédé de Musset.

4- Enfin aucune n'avait subi d'intervention telle que opération de Thoyer-Rozat, Douglasséctomie ou hystérectomie élargie. La rareté du prolapsus après hystérectomie élargie est d'ailleurs classique.

Parmi ces porteuses de prolapsus plus ou moins accentué, certaines n'ont pas été opérées pour des raisons diverses :

1- 8 ont repoussé l'intervention préférant, du moins certaines, un pessaire.

2- Pour 6 autres, l'intervention ne fut pas proposée en raison d'antécédents coronariens qui rendaient imprudent de pratiquer une intervention dont l'importance n'était pas vitale. L'une d'elles, d'ailleurs hospitalisée essentiellement pour des métrorragies et une masse pelvienne et accessoirement pour un prolapsus, décéda d'un accident vasculaire cérébral. La vérification montre un épithélioma végétant de l'ovaire.

3- Pour 3 autres, l'intervention ne fut pas proposée car les troubles fonctionnels accusés relevaient non pas tant d'un prolapsus modéré, mais d'une origine rhumatologique, urologique, voire psycho-somatique.

4- Enfin, 5 cas ont été classés "à surveiller" car il s'agissait de femmes jeunes, susceptibles d'avoir des enfants et qui ne présentaient pas de prolapsus considérable, ni d'incontinence d'urines.

Il reste donc 318 femmes qui ont été opérées.

LES HYSTEROPEXIES ANTERIEURES ET LEURS SEQUELLES

Dans le journal de Médecine de Paris du 20 Janvier 1938, LEIBOVICI et YOVANOVITCH préconisaient après bien d'autres, la suspension utérine antérieure dans la cure des prolapsus génitaux, lui accordant le rôle thérapeutique principal, tandis que la myorraphie était considérée comme quantité négligeable (ils la considéraient aussi comme un traitement valable de la rétroversion de l'utérus gravide !). Plus près de nous, FUNCK-BRENTANO accordait encore à cette intervention un rôle important dans la cure de la cystocèle qu'il résolvait par la pexie de son tuteur utérin (Actualités Gynécologiques 1ère série).

Depuis lors on a appris à connaître surtout les inconvénients et les séquelles de cette intervention (tout particulièrement en Consultation de Gynécologie et beaucoup moins dans les Services de Chirurgie Générale). Des améliorations telles que les cloisonnements du Douglas associés, n'en ont pas fait disparaître toutes les imperfections.

L'hystéropexie antérieure fut rarement pratiquée dans nos 340 cas, mais certaines femmes avaient subi auparavant tout ou partie de la triple opération "à la Française". Au total nous en avons 48 cas :

A- Ils se répartissent comme suit :

1- Age

- avant 40 ans	12
- 40 à 50 ans	13
- 50 à 60 ans	12
- 60 à 70 ans	4
- plus de 70 ans	7
	48

2- Il semble bien que l'intervention ait été réalisée par fixation isthmo-corporéale dans 37 cas et par DARTIGUES ou DOLERIS dans 11 cas. Malheureusement une petite imprécision persiste du fait de l'absence de certains protocoles opératoires pour quelques malades opérées en Province ou de nombreuses années plus tôt.

3- Dans 3 cas seulement un cloisonnement du Douglas avait été associé.

B- Les Résultats

Les résultats sont dans l'ensemble peu satisfaisants. Certes, on ne saurait accorder une valeur excessive à des proportions calculées sur une série comportant des cas d'ancienneté très variable. Ici seuls 14 cas sur 48 (29 %) peuvent être estimés corrects, avec un délai variant de 1 à 7 ans. (Pas de cystocèle, pas d'incontinence, col haut situé, mais en position bien peu conforme à l'anatomie normale, ce qui ne peut que choquer le Gynécologue). Par contre 34 cas, dans l'ensemble plus anciens, il est vrai, ont présenté des complications.

C- L'élytrocèle est présente dans 15 cas.

1/ Son délai d'apparition

Elle est apparue parfois très précocement. Ainsi chez deux patientes, trois mois après la pexie antérieure au lieu de la ptose utérine, la saillie arrondie et réductible de l'élytrocèle apparaissait à la vulve.

En moyenne cependant son délai d'apparition fut de 7 ans pour l'ensemble des cas.

2/ Ses rapports avec l'hystéropexie antérieure ne sont plus discutés. Ils sont ici confirmés par la rapidité d'apparition possible que nous venons de voir, mais aussi par leur fréquence. Nous en trouvons ici 15 cas sur 48 soit 31 %, tandis que dans le reste de la série, on ne relève que 3 élytrocèles notables sur 292 cas, soit 1 %. Il est vrai que parfois l'élytrocèle est méconnue au cours de l'examen d'une femme atteinte de prolapsus génital.

3/ Le type anatomique observé a toujours été l'élytrocèle sessile, mais en aucun cas l'élytrocèle pédiculée.

4/ Traitement

a- Trois cas ont été opérés uniquement par voie basse, car il s'agissait de femmes dont l'état général ou cardio-vasculaire rendait peu tentante une intervention complexe.

L'intervention a comporté alors les temps suivants :

- incision transversale sur la commissure vulvaire postérieure ;
- dissection du "sac herniaire" que constitue l'élytrocèle ;
- résection et ligature au niveau le plus élevé possible.

- amputation du col qui est habituellement allongé ;
- réinsertion des utéro-sacrés en avant du moignon cervical ;
- périnéorraphie postérieure ;
- colpectomie postérieure dont l'étendue varie selon l'âge.

Les constatations faites 6 mois à 2 ans après l'intervention sont favorables et font augurer d'un bon résultat pour l'avenir.

b- Sept élytrocèles ont été opérées par voie abdominale pure, car il s'agissait de formes accessibles de façon satisfaisante par cette voie.

La technique employée a comporté alors :

- une défixation antérieure ;
- une Douglasséctomie selon la technique décrite par JAMAIN et LETESSIER associée à une plicature des ligaments utéro-sacrés ;
- une pexie discale ;
- une fermeture soigneuse du péritoine au fil non résorbable et à points séparés.
- un "Pestalozza" pour recouvrir la surface utérine cruentée.

Dans les suites immédiates, nous avons eu une seule fois à déplorer un hématome du "Douglas", nécessitant une transfusion et une évacuation du sang collecté par colpotomie postérieure, comme pour un abcès. Depuis nous mettons en place un drainage aspiratif par principe. Il faut reconnaître d'ailleurs qu'il ne "donne" que très peu.

Avec un recul de 6 mois à 2 ans, les résultats sont bons, malgré une discrète incontinence d'urines, dans un cas suivi deux ans, ce qui fait regretter de ne pas avoir pratiqué dans le même temps une cervicopexie.

c- Enfin cinq cas ont été traités par voie combinée. C'est évidemment la méthode la plus satisfaisante lorsqu'il s'agit d'une élytrocèle volumineuse, chez une femme en bon état, pouvant faire sans difficultés les frais d'une intervention à double équipe.

- La dissection du sac par voie mixte ne fait aucune difficulté, non plus que sa résection et son oblitération au niveau, jugé satisfaisant (en pratique, celui d'une péritonisation recto-vésicale à la CHARRIER-GOSSET).

- L'utérus est libéré de son attache antérieure et remis en position physiologique, grâce à une pexie discale (2 cas) ou grâce au procédé préconisé par MUSSET, à savoir l'amputation du col et la réinsertion des ligaments utéro-sacrés en avant du moignon cervico-isthmique (3 cas).

- Tandis que l'équipe abdominale termine par un Pestalozza et une fermeture soigneuse de la brèche péritonéale, l'équipe basse pratique, si besoin, une myorraphie des releveurs. Cela n'a pas toujours été nécessaire chez ces malades déjà opérées antérieurement.

Les résultats chez ces femmes âgées en moyenne de 54 ans sont très bons, avec un recul de 30 mois à 5 ans. Le problème semble donc résolu. Cependant une patiente présente actuellement, 4 ans après l'intervention, une cystocèle nette. Il eut peut-être fallu prévoir en même temps un hamac sous cervico-vésical de peau conservée.

D- Les allongements du col

Les allongements du col, ne sont certes pas spécifiques des fixations antérieurs. Depuis le Mémoire de P.C. Huguiet en 1860, on sait en effet que cette anomalie est très fréquente dans les prolapsus génitaux. ("Dans presque tous les cas désignés sous le nom de prolapsus de la matrice il n'y a qu'un prolapsus du col, le corps de l'organe étant resté dans le bassin, à sa hauteur normale, ou seulement 2, 3 ou 4 cm plus bas"). Quoiqu'il en soit, les pexies antérieures efficaces créent des conditions telles que le col sus-vaginal est étiré entre le corps utérin, maintenu fixé et le col intra-vaginal attiré en bas par le vagin lui-même insuffisamment soutenu.

Chez nos malades, l'allongement du col était à peu près constant, mais particulièrement net dans 8 cas (19 %). Il était alors caractérisé par son importance (de 7 à 13 cm) et aussi par son aspect atrophique, le col sus-vaginal était réduit à une mince tige ramollie. L'hystérométrie permet de chiffrer grossièrement l'allongement en préopératoire, et la profondeur à laquelle s'enfonce l'hystéromètre fait parfois redouter une perforation (ainsi chez cette femme qui présentait un allongement de 13 cm pour la portion cervicale seule). En fait, c'est l'hystérographie de profil qui donne les renseignements les plus démonstratifs et ceci sans danger. Il y a intérêt à l'associer dans ces cas à une cystographie, ce qui peut donner des renseignements intéressants.

L'allongement du col ne pose guère en soi de problèmes thérapeutiques. Habituellement son amputation n'est qu'un élément de la cure de la récursive. Trois fois seulement dans notre série, il fut pratiqué une amputation isolée du col, avec raccourcissement des utéro-sacrés (il n'existait pas d'élytrocéle

dans ces cas) et myorraphie des releveurs. Un an après, l'examen de ces trois cas montrait un résultat satisfaisant et donnait très nettement l'impression que la réorientation cervico-utérine ainsi obtenue diminuait considérablement le risque de récédive, le moignon étant dirigé en arrière du hiatus génitalis, vers le noyau fibreux central du périnée.

E- Nous venons de voir les conséquences possibles des pexies antérieures sur le Douglas et sur le col utérin. Il était légitime d'espérer que le périnée antérieur fût correctement soutenu. D'ailleurs le Professeur MUSSET fait remarquer qu'à la suite des hystéropexies antérieures, le périnée antérieur est habituellement court. Ici nous trouvons cependant :

- 2 incontinences d'urines authentiques
- 19 cystocèles dont 7 extériorisées.

F- L'énumération des séquelles de l'hystéropexie antérieure ne serait pas complète si on ne parlait :

- des douleurs pelviennes qui amènent encore fréquemment ces femmes en consultation de gynécologie ;

- de troubles digestifs subocclusifs qui chaque fois posent le problème d'un étranglement dans "un anneau de la mort", mais qu'il faut interpréter avec prudence ;

- de troubles urinaires tels que pollakiurie et reflux vésico-urétéraux.

- de troubles de la fécondité tels que :

- Stérilité.
- Avortements.
- Placenta praevia.
- Présentation vicieuse.
- Anomalies de la dilatation.

Conclusion :

Cette fixation de l'utérus en position antiphysiologique ne saurait avoir d'indication, car elle modifie de façon grave l'orientation de l'utérus, elle ouvre le Douglas et elle n'empêche nullement le prolapsus d'une vessie, dont le jeu normal est également très modifié. L'adjuvant que représente le cloisonnement du Douglas ne fait qu'en diminuer les méfaits.

LES PERINEORRAPHIES ANTERIEURES ET POSTERIEURES

Dans 32 cas le classique "périnée antérieur"+périnée postérieur" (selon l'expression souvent retrouvée dans les protocoles opératoires) a été pratiqué. Nous allons d'abord détailler cette série pour ensuite discuter la légitimité de cette intervention très souvent réalisée.

A- Les observations étudiées

1/ L'âge moyen s'étend de 40 à 70 ans :

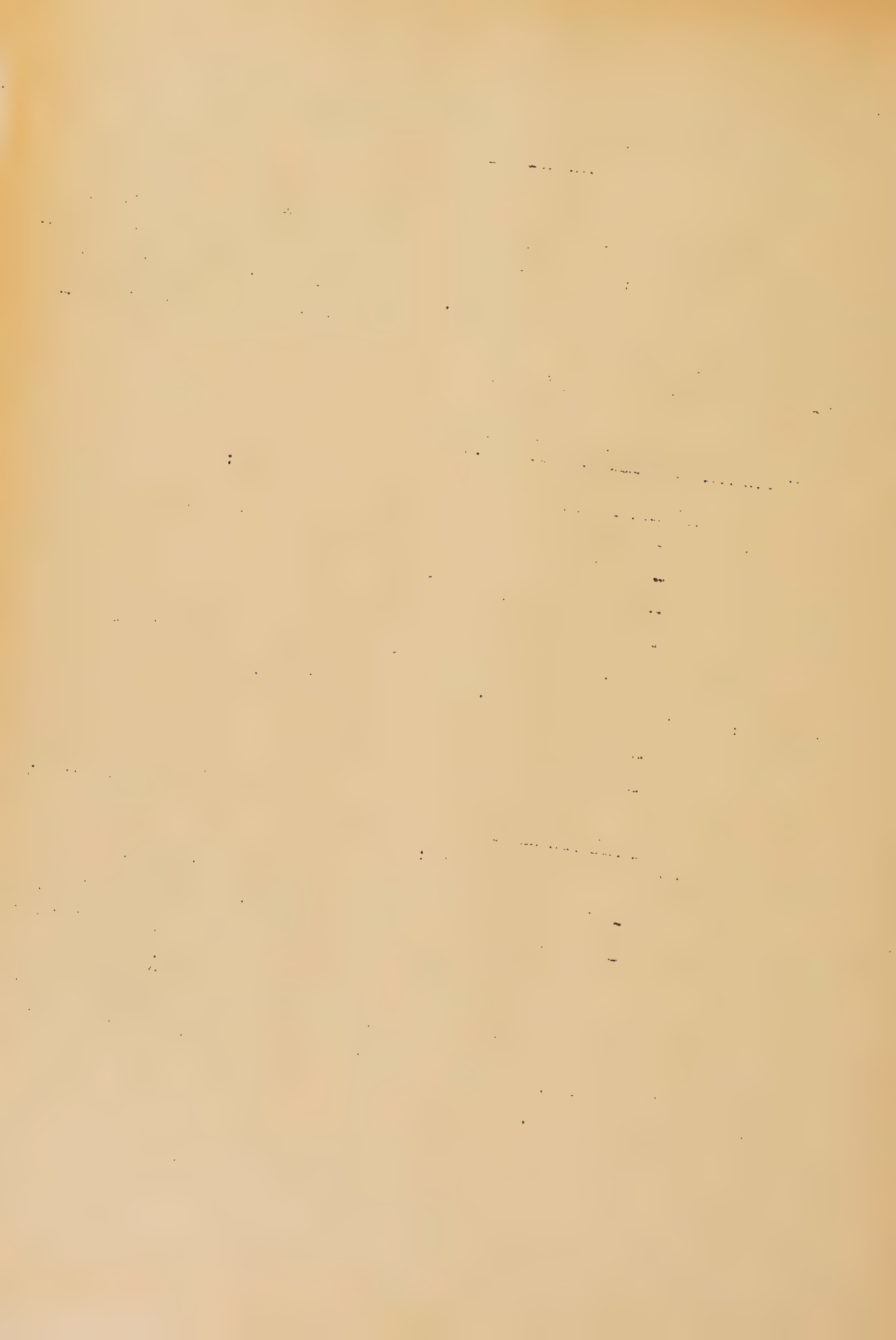
- avant 40 ans	5
- 40 à 50 ans	9
- 50 à 60 ans	11
- 60 à 70 ans	7

2/ Parfois un temps complémentaire a été nécessaire en raison d'une incontinence d'urines associée :

- MARION	7
- BERKOW	2

3/ Les résultats avec un recul de 1 à 7 ans peuvent être appréciés chez 23 femmes :

- 12 sont indéniablement satisfaisants
- 11 cas sont estimés insuffisants en raison de :
 - 5 cystocèles nettes quoique non extériorisées
 - 4 récidives importantes dont 2 apparues en moins de 2 ans (ces récidives furent accessibles à une colpohystérectomie vaginale, ce qui traduit leur ampleur et le traitement initial insuffisant).



1 fistule recto-vaginale compliquant une périnéorraphie postérieure faite en province, (traitée ensuite par le procédé de Musset) ;

1 rectocèle qui fut traitée par reconstitution du fascia et myorraphie renouvelée.

Il n'y eut pas d'incontinences d'urines post-opératoires.

Au total, sur 23 cas revus, dans 12 cas seulement (52 %) le résultat peut être estimé correct.

B- Devant un tel résultat, on peut se demander quelle est la légitimité de ce mode de traitement.

1/ Certes elle est souvent pratiquée. Périodiquement on lui apporte des améliorations souvent insignifiantes. Certaines publications prétendent qu'elle résoud le problème de l'incontinence d'urines ("Full Thickness anterior colpography for correction of urinary stress incontinence" DONALD and FRANKEL). Elle est, de plus, simple, rapide et apporte fréquemment une amélioration notable. Elle ne complique guère une réintervention ultérieure. Elle est habituellement bénigne encore que pour une des femmes examinées, elle ait entraîné une fistule recto-vaginale pour le moins malencontreuse.

2/ Cependant, mécaniquement, elle est passible d'un reproche. En effet le col respecté et laissé en place, souvent allongé, va tendre à s'enfoncer en coin entre les parois vaginales et à forcer le passage vers le hiatus génital, et ceci d'autant plus facilement qu'il est allongé et hypertrophié. L'absence de temps moyen laisse en place une source de récédive ou plus exactement de continuation du prolapsus.

3/ Aussi chez la femme qui ne souhaite plus d'autres enfants, il est très souhaitable de pratiquer une amputation du col. De la sorte, le moignon cervico-isthmique sera dirigé vers un noyau fibreux central reconstitué et non en avant de lui.

Chez la femme jeune, l'amputation n'était pas dénuée de danger pour la fécondité. Trois solutions sont à discuter :

- soit l'abstention simple, très souhaitable tant que d'autres naissances sont possibles, en remettant à plus tard une cure plus satisfaisante ; ceci est valable dans les prolapsus modérés et bien tolérés ;

- soit la pexie discale ;

- soit enfin la remise en tension des utéro-sacrés à la manière de SHIRODKAR, telle que la préconise MUSSET.

Cette intervention réalise un compromis, entre le respect de la fécondité possible et la cure du prolapsus.

En résumé donc, la double périnéorraphie "standard" paraît peu satisfaisante. Les résultats imposent soit de choisir une solution plus efficace, soit d'attendre le moment où l'application de cette solution deviendra légitime et possible.

L'OPERATION DE MANCHESTER

Cette intervention est essentiellement pratiquée par les gynécologues et beaucoup moins fréquemment par les chirurgiens généralistes ; elle est très inégalement appréciée en France.

Sa mise au point progressive a été l'oeuvre de toute une école dominée par DONALD (qui le premier la pratiqua sous une forme un peu différente le 28 Juillet 1888) et par FOTHERGILL qui la fit connaître par de nombreuses publications, en démontrant la valeur, lui accordant jusqu'à 97 % de succès. Depuis lors de nombreux auteurs anglo-saxons lui ont accordé leur confiance (SHAW, FLETCHER, SALMON, MALPAS et CROSSEN).

Sa Technique

Elle est actuellement bien au point. Elle comporte :

1/ Une périnéorrhaphie antérieure avec reconstruction du fascia de HALBAN. Cette périnéorrhaphie est très facilitée par l'incision en T renversé de CROSSEN, maintenant classique. De plus, Cl. SUREAU nous a appris à commencer la dissection du fascia de HALBAN à partir de la tranche postérieure des deux lambeaux vaginaux délimités par l'incision de CROSSEN : cette manœuvre permet pratiquement chaque fois de retrouver le fascia.

2/ Une amputation du col. L'amputation du col a un intérêt double, voire triple.

- d'abord l'allongement cervical, qu'il soit atrophique ou hypertrophique, est supprimé ;

- de plus le mécanisme du col piston décrit par GRANJON ne peut plus jouer ;

- enfin, l'amputation peut créer une zone de sclérose cicatricielle autour du moignon cervical (effet qu'INGLIS PARSON voulait déjà obtenir en 1897 par injection de quinine dans la base des paramètres). A vrai dire cette sclérose est inégalement appréciée par les différents auteurs ; BOUILLY lui accordait une grande valeur, CORDIER et HERVET la considèrent comme importante par contre MUSSET retrouve chaque fois, après MANCHESTER des paramètres constituant une sangle élastique et souple.

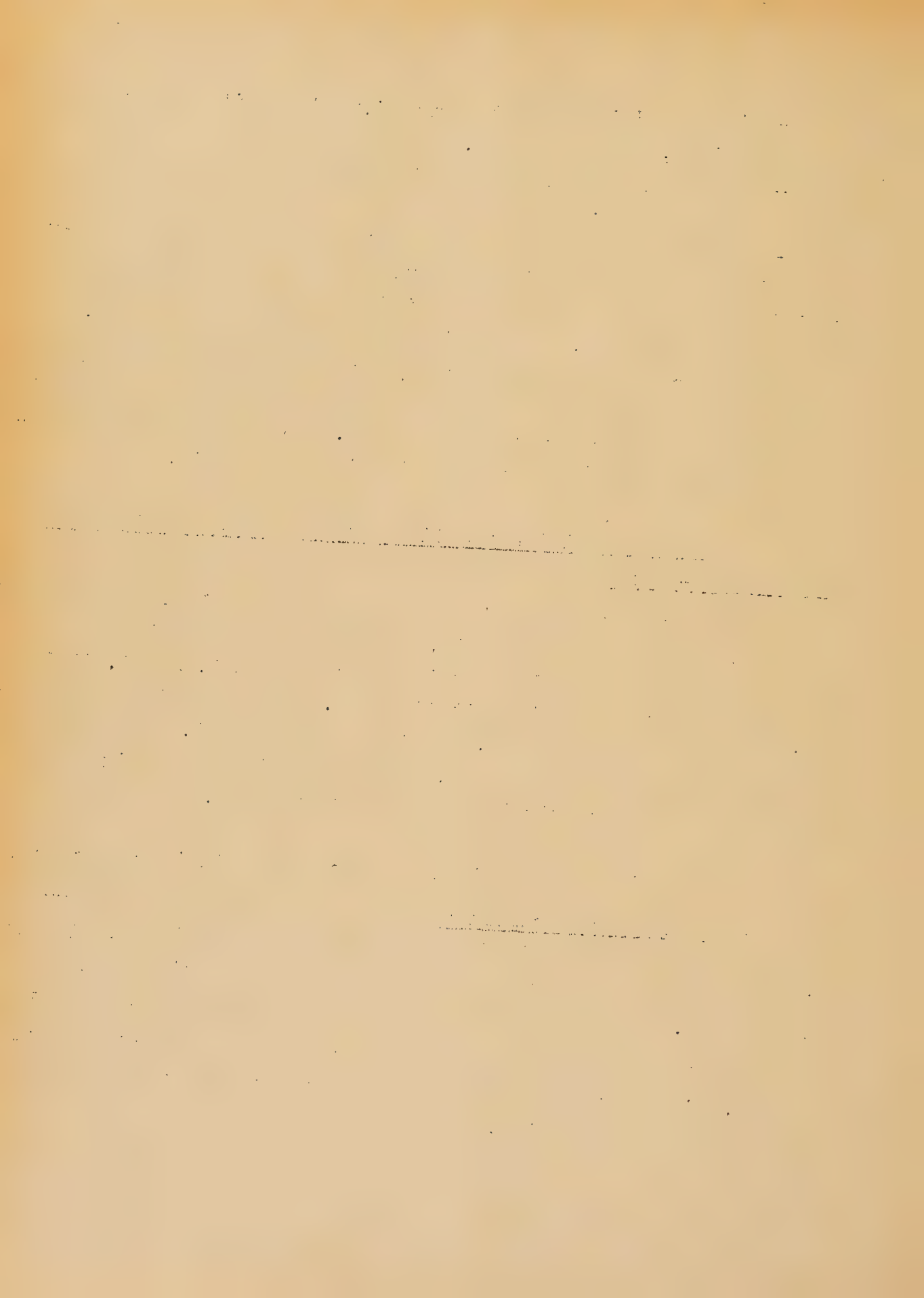
3/ Une transposition des ligaments cardinaux et des ligaments utéro-sacrés

Cette transposition n'a pas été faite d'emblée. ALEK SANDROFF en 1903, pour la première fois, passait un fil dans la base de chaque paramètre pour les réunir en avant du col. Ainsi, il les raccourcissait et réorientait l'utérus. Cette technique a été reprise par FLETCHER en 1933. En fait, actuellement, les ligaments sont disséqués de chaque côté, pincés, sectionnés et fixés en avant du moignon cervical au fil non résorbable.

Quelle est la valeur des ligaments ainsi transposés ?

- Les ligaments cardinaux ou de MACKENRODT ou cervicaux transverses sont constitués par la base des paramètres. Ils ont été crédités pendant un temps d'une valeur excessive outre Atlantique. Actuellement leur valeur est considérée comme moindre.

Ainsi RANGE et WOODBURNE après une étude cadavérique soignée, n'y trouvent que des éléments vasculo-nerveux sans aucune valeur ligamentaire.



BERGLAS et RUBIN déclarent de leur côté en 1953 : "The plexuses of blood vessels and the loose areolar connective tissue are inherently incapable of supporting the pelvis organs".

- Les ligaments utéro-sacrés. Malgré l'opinion péjorative de GREENHILL, ces ligaments possèdent une valeur de sustentation certaine. Après une étude de 33 cadavres, CAMPBELL concluait qu'ils ;

- sont visibles une fois sur deux ;
- apparaissent dans 70 % des cas par traction antéro-postérieure ;
- sont certes constitués de vaisseaux et de nerfs mais aussi de fibres élastiques dépendant du col en avant, et de tissu fibro-élastique en arrière ;
- possèdent une valeur chirurgicale réelle quoique non constante.

A ces constatations anatomiques et histologiques, on peut ajouter les constatations cliniques suivantes : d'une part, au cours de l'hystérectomie totale, très souvent l'utérus ne monte qu'après section des utéro-sacrés ; d'autre part au cours de l'examen gynécologique sous anesthésie, la traction sur le col utérin grâce à deux pinces de POZZI fait se tendre deux seuls éléments symétriques : les utéro-sacrés dont on sent fort bien l'épaississement antérieur et la direction oblique en haut et en arrière, dirigée vers la troisième vertèbre sacrée.

4/ Le recouvrement du col est ensuite pratiqué selon la technique de STURMDORFF.

5/ Une myorraphie des muscles releveurs est enfin pratiquée.

Au terme de l'intervention, l'utérus présente son antéversion normale ; le moignon cervical n'est plus dirigé vers le hiatus génital mais plus en arrière vers le noyau fibreux central reconstitué, voire plus en arrière encore.

LES OBSERVATIONS RAPPORTEES

1°- L'opération de MANCHESTER a été pratiquée 48 fois chez nos patientes.

a- La répartition selon l'âge est la suivante :

- avant 30 ans	2
- de 30 à 40 ans	13
- de 40 à 50 ans	13
- de 50 à 60 ans	12
- de 60 à 70 ans	5
- de 70 et plus	3

b- Les interventions associées ont été :

- 9 opérations de MARION
- 3 cures d'élytrocèle par voie combinée
- 1 cure de périnée complet chez une femme de 33 ans qui présentait cette lésion depuis son dernier accouchement remontant à deux ans plus tôt.

2°- Résultats à court terme

Une femme de 73 ans a présenté dans les suites immédiates une hémiparésie transitoire qui a donné quelques heures des inquiétudes sérieuses. Ensuite elle a quitté l'hôpital, bien portante, elle a été perdue de vue.

Neuf cas ont été suivis moins d'un an, ce qui ne permet qu'une appréciation relative des résultats. Ils paraissent néanmoins satisfaisants. En particulier, il n'y avait aucun cas d'incontinence d'urines post-opératoire.

De plus, la patiente de 33 ans qui présentait un périnée complet cicatriciel, bénéficiait d'un résultat satisfaisant grâce au procédé de MUSSET.

Enfin, nous n'avons pas eu à déplorer d'hémorragies post-opératoires redoutées entre le 8ème et le 12ème jour. Une seule patiente présenta des douleurs à type de coliques faisant redouter une sténose cervico-isthmique, complication également bien classique. Mais l'organicité de cette sténose ne fut pas confirmée ; ces troubles s'estompèrent d'ailleurs assez vite.

3°- Résultats à long terme

Il reste donc 38 cas suivis de 1 à 7 ans. Ils se répartissent de la façon suivante :

a- Dans 31 cas, le résultat est très satisfaisant sur le plan anatomique (col en place, correctement recouvert, cystocèle soutenue) et fonctionnel (indolence, pas d'anomalies urinaires, vie conjugale normale).

b- Six cas sont moins satisfaisants :

- dans 4 cas est apparue une incontinence d'urines modérée, il est vrai ; mais l'une d'elles est principalement nocturne, ce qui fait incriminer une autre étiologie qu'un trouble de la statique pelvienne à son origine ; une autre est survenue aux derniers mois d'une grossesse ultérieure (nous en reparlerons) ;

- deux autres résultats sont également peu satisfaisants, il s'agit :

. d'une cystocèle modérée mais qui ne peut que s'accroître ;

. d'une rétroversion utérine, alors que le reste est normal. On peut incriminer une tension insuffisante des utérosacrés au moment de l'intervention, ou surtout leur relâchement progressif.

c- Un cas est un échec complet. Il s'agit d'une femme de 33 ans qui présentait un prolapsus important avec incontinence, à la suite de neuf grossesses. L'opération de MANCHESTER donna d'abord un bon résultat ; mais une nouvelle grossesse rapidement survenue, suivie d'un malencontreux accouchement par voie basse a entraîné la récurrence de tous les symptômes.

CONCLUSIONS

1/ Certes, l'opération de MANCHESTER n'est pas exempte de reproches, car elle ne fait **confiance** qu'à la réfection du fascia de Halban pour soutenir une vessie prolabée et il faut parfois recourir à d'autres moyens. De plus, nombreux d'opérateurs n'accordent qu'une confiance limitée à la résistance des utéro-sacrés. Enfin la myorrhaphie des releveurs ne vaut que ce que valent les releveurs.

Cependant, après l'intervention on ne peut qu'être frappé dans la grande majorité des cas par la qualité du résultat obtenu. L'utérus est à nouveau correctement situé et orienté.

Son efficacité est affirmée par de nombreuses études dont celles de :

- GIBSON	80 % de succès
- HILL and HOAG	78,9 %
- CONGER and KETTEL	4,8 % de récurrences.

2/ Un seul élément vient assombrir le tableau, c'est le problème de la fécondité. Nous ne l'avons vu posé ici que deux fois. Dans un cas il s'agit de la récurrence déjà vue après un accouchement malencontreux par voie basse. Dans un autre, la patiente a eu à regretter ultérieurement l'intervention subie en raison d'une stérilité qu'aucune cause autre n'explique.

Sur le plan de la fécondité, trois conséquences sont possibles après une amputation du col : ce sont la stérilité relative, la possibilité d'avortements et d'accouchements prématurés, enfin les anomalies de la dilatation.

1/ La stérilité relative est évidemment difficile à apprécier, d'autant plus que les patientes opérées ne sont généralement plus à l'âge de leur fécondité maximale. Cependant on conçoit très bien que l'absence de glaire cervicale puisse l'altérer de façon nette.

2/ La fréquence de l'avortement et de l'accouchement prématuré varie selon les statistiques. HERVET et HUGUIER colligeant les statistiques de GREEN-ARMYtage, AVERILL, SOLOMONS, HILL et HOAG, NEUHAUS, SVENNERUD sur un total de 337 grossesses trouvent 14 % d'avortements, 9 % d'accouchements prématurés et 74 % d'accouchement à terme. Il est vrai que la menace d'accouchements prématurés peut être fortement diminuée par le cerclage du col. C'est le procédé appliqué par PALMER et HERVET avec succès.

3/ Au cours de l'accouchement, l'amputation du col peut entraîner une rigidité avec anomalies de la dilatation, mais habituellement l'expulsion est rapide comme dans les béances cervico-isthmiques.

Compte tenu de ce retentissement important sur la fécondité, l'opération de MANCHESTER nous paraît être une excellente intervention dans les prolapsus peu ou pas extériorisés, avec allongement du col, chez les femmes pour qui les problèmes de la procréation ne se posent plus avec acuité. Comme le pense MERGER, il y a lieu d'éviter l'amputation du col chez la femme jeune, alors que cette intervention peut être éminemment utile plus tard.

Ceci dit nous avons été frappés par la qualité de la guérison obtenue par le MANCHESTER, ce qui ne saurait être qu'une très modeste confirmation de l'opinion de notre Maître le Professeur VARANGOT.

"Dans la cure des prolapsus presque tous les gynécologues ont adopté les opérations plastiques par voie vaginale pure dérivée de la technique de FOTHERGILL, ou opération de MANCHESTER... Les techniques ont transformé le pronostic fonctionnel des prolapsus et rendu de plus en plus rares les récurrences plus ou moins tardives, trop souvent autrefois le lot malheureux des victimes de la triple opération dite "à la Française".

L'INTERPOSITION VESICO-VAGINALE DE WERTHEIM-SCHAUTA

L'opération de MANCHESTER ne saurait être suffisante pour contenir une cystocèle importante. On peut alors avoir recours soit à une plastie, soit à l'interposition vésico-vaginale qui possède alors un intérêt certain.

Pratiquée pour la première fois par WATKINS le 28 Janvier 1898, cette intervention fût d'abord destinée au traitement de la rétroversion-utérine. Elle prit toute son importance quand on constata que l'utérus interposé pouvait réaliser un excellent support à une vessie prolabée. Elle connaît alors un engouement considérable et très exagéré chez les Viennois qui traitaient ainsi 51,47 % de leurs prolapsus. (En outre sur une série de 1500 cas, ils pratiquèrent l'interposition chez 108 femmes de 20 à 40 ans ce qui est un non-sens).

Après cette vogue inconsidérée, l'interposition est victime d'une réprobation aussi marquée. TE LINDE (1951) lui reproche la position anormale de l'utérus et les complications urinaires possibles. Surtout ZACHERL et TISCHER, dans une étude très circonstanciée lui reprochent :

- 20 % de récidives ;
- 10 % de métrorragies ;
- 1,2 % de néoplasies ;
- 0,5 % de mortalité post-opératoire

d'origine infectieuse et concluent qu'il faut rejeter formellement cette intervention.

En fait actuellement l'interposition retrouve une faveur méritée. Elle a bénéficié de certaines améliorations techniques, telles que :

- la fixation des cornes utérines au ligament arqué sous-pubien :

- l'amputation du col suivi ou non d'une remise en tension des utéro-sacrés.

Surtout les indications sont beaucoup mieux posées ce qui permet d'en obtenir le maximum d'efficacité.

A- L'interposition a été pratiquée 19 fois sur 318, soit dans 5,9 % des cas. Cela montre bien qu'elle n'a nullement été considérée comme un procédé standard de cure de prolapsus génital. Un cas fût pratiqué par voie abdominale pure. Nous ne parlerons pas ici des interpositions du col restant après hystérectomie subtotal. Enfin en aucun cas il n'a été pratiqué d'opération de RICHARDSON qui, assez complexe, associe :

- une amputation du col ;
- une hystérectomie subtotal vaginale ;
- une interposition sous-vésicale du moignon restant.

I- L'âge des opérées

- avant 50 ans	2 cas
- de 50 à 60 ans	10 cas
- de 60 à 70 ans	5 cas
- après 70 ans	2 cas
	19 cas

Une seule fois une ligature de trompes fût pratiquée chez une femme de 53 ans. Cette précaution était à peu près certainement inutile, car cette femme était en période pré-ménopausique. Cependant on ne saurait accepter une chance infime de gravidité après interposition.

2- Les lésions pré-opératoires

L'une est constante, c'est la cystocèle extériorisée ou en voie d'extériorisation.

Les autres sont plus contingentes :

- incontinence d'urines	5
- pollakiurie	2
- allongement du col	5
- rétroversion	1
- rectocèle	2

Si le col était allongé dans certains cas, il ne descendait que peu ou pas du tout à la poussée abdominale. Ce point est très important à souligner ; en effet il est illusoire de vouloir contenir une cystocèle en utilisant une pelote utérine elle-même mal fixée.

Parfois cependant quand le col descend modérément, l'opération peut rester possible en pratiquant un véritable MANCHESTER associée. On demande alors à la mise en tension des utéro-sacrés de maintenir en place le moignon cervical.

- Dans certains cas l'examen préopératoire sous anesthésie a pris une grande importance, car il permettait de constater une ptose utérine plus importante que prévue. Cela permettait de renoncer à l'interposition au profit d'une autre méthode.

- Enfin on ne saurait envisager de faire une interposition sans avoir :

. apprécié le volume de l'utérus et l'existence éventuelle de myomes qu'il faudra alors souvent enlever ;

. recherché une lésion associée particulièrement une lésion néoplasique par les examens de dépistage habituels ;

; enfin s'être enquis d'antécédents tels que pelvi-péritonite, interventions gynécologiques antérieures ou de toute cause pouvant rendre impossible la bascule opératoire de l'utérus.

B- Résultats

I- Un cas est à mettre à part :

Il s'agit d'une interposition pratiquée par voie abdominale pure. C'est le seul cas dans la série. Le résultat ne fût satisfaisant que pendant quelques mois. Ensuite apparaissait une cystocèle modérée mais indiscutable, en avant de l'utérus interposé. Tout se passait comme si l'utérus n'avait pas été suffisamment engagé sous la vessie, ou bien se dégageait progressivement de la position qu'on lui avait opératoirement donnée. On constate ainsi que cette voie abdominale pure permet certes de vérifier l'absence de lésions abdominales, mais présente deux inconvénients notables : la dissection vésico-vaginale est laborieuse, de plus on ne peut fixer les cornes utérines au ligament arqué sous pubien, ce qui diminue beaucoup l'efficacité du montage.

2- Il reste donc 18 cas suivis de 1 à 7 ans.

a- 14 cas sont très satisfaisants, dont l'un date précisément de 7 ans. Dans ces cas, l'utérus réalise un excellent plancher sous-vésical, tant au repos qu'à l'effort. La continence

urinaire est satisfaisante, le col est sain, le corps utérin semble accessible à l'hystéroggraphie, bien que parfois avec quelques difficultés.

b- Dans 3 cas le résultat fût moins satisfaisant :

2 fois il s'agissait d'une incontinence d'effort non préexistante, apparue quelques mois après l'intervention. Ces deux incontinenances sont très modérées et les deux patientes ne tiennent nullement à une réintervention ;

Une fois on a constaté que le col s'abaissait anormalement à l'effort tandis que le fond utérin restait bien en place fixé à la symphyse. Ce qui laisse présager un soutien vésical de moins en moins satisfaisant avec le temps.

c- Enfin dans un dernier cas, le résultat fût très satisfaisant sur le plan de la statique pelvienne, mais une réintervention fût nécessaire. Nous aurons à en reparler.

C- Les résultats appellent quelques commentaires.

I- Les incontinenances d'urines préexistantes furent guéries par l'intervention. Cela montre bien que dans la cure des incontinenances le geste essentiel consiste à remettre la vessie dans sa situation anatomique normale.

Il est vrai aussi que dans 3 cas une opération de MARION avait été faite. Mais elle n'est là croyons-nous qu'un adjuvant. Les deux incontinenances post-opératoires sont survenues chez des femmes porteuses auparavant de cystocèles particulièrement volumineuses. Peut-être eut-il mieux valu dans ces cas utiliser un hamac sous-vésical de peau conservée.

2- Les récidives sont bien connues depuis les travaux de ZACHERL et TISCHER. Elles se ramènent selon eux à 4 types :

- L'utérus bascule en avant, son fond venant faire saillie sous la paroi vaginale antérieure, l'ensemble de l'organe accentuant l'antéversion opératoire ;

- Plus rarement la paroi vaginale antérieure se déroule tandis que l'utérus interposé reste en place ;

- Plus rarement encore, l'utérus bascule en arrière pour retrouver sa position initiale ;

- Enfin le quatrième type est représenté par les échecs dans le traitement des incontinences.

En fait il convient de souligner que des améliorations techniques importantes ont permis d'éviter la plupart de ces formes de récidives :

- a- La fixation des cornes utérines au niveau de la symphyse empêche les déplacements ultérieurs du fond utérin soit dans le sens de l'antéversion, soit au contraire en sens inverse.

- b- Par ailleurs il faut insister sur l'importance de l'allongement du col qui peut entraîner par son évolution propre une pseudo-récidive. Dans le service du Docteur RENE à la Croix-St-Simon une récidive caractéristique de ce genre fût observée (thèse de LACHENY). Dans ce cas le col apparaissait à la vulve 6 mois après l'interposition, tandis que le corps utérin restait en bonne place. En fait il s'agissait d'un allongement intra-vaginal méconnu qui avait continué à évoluer. Il dût être ensuite traité par une amputation intra-vaginale.

Aussi est-il beaucoup plus satisfaisant de faire cette amputation d'emblée, c'est ce qui a été réalisé 16 fois sur 19 dans notre série.

c- Dans un de nos cas il existe une récédive modérée mais indiscutable, le col se déplaçant exagérément vers le bas lors de la poussée. Il eut probablement fallu pratiquer un raccourcissement des utéro-sacrés lors de l'intervention initiale. Devant cette récédive on peut envisager la pose d'un hamac de peau conservée, tendu d'une branche ischio-pubienne à l'autre et passé sous la région cervico-isthmique et fixé à celle-ci. Ce procédé a déjà été employé avec succès dans le service du Docteur RENE.

3- Il reste le problème des réinterventions ultérieures, ou d'une façon plus générale, le problème de la pathologie de l'utérus interposé.

a- Le dépistage des lésions éventuelles reste possible grâce à la Clinique, mais aussi grâce aux examens complémentaires : frottis, hystérogaphies, qui restent possibles nécessitant seulement un appareillage modifié.

b- Les réinterventions ultérieures demeurent possibles, au prix de quelques précautions. Témoin ce cas qui subit une interposition à 52 ans. Le résultat fût très bon, mais 2 ans plus tard une réintervention s'avéra nécessaire pour une masse pelvienne qui s'avéra être un kyste dermoïde de l'ovaire incarcerated sous la vessie. Une hystérectomie totale fût faite après avoir pris bien soin de repérer les deux uretères et le clivage intervésico-utérin qui était à peu près libre. Ensuite l'exérèse fût faite dans des conditions satisfaisantes.

De toutes façons en cas de difficultés opératoires, on peut envisager l'intervention à double équipe, susceptible de rendre alors de grands services. Par contre l'hystérectomie vaginale ne semble pas présenter en ce cas d'avantages bien nets sur l'hystérectomie abdominale.

c- Cependant il semble bien que la radiumthérapie par col-postat ou sonde radiféré soit rendue plus délicate après une interposition, de même probablement que les hystérectomies élargies, mais il faut bien reconnaître que peu d'opérateurs en ont l'expérience.

Conclusions :

I- Sur le plan technique il nous paraît important d'insister sur :

- l'amputation du col associée, qui supprime la cervicite chronique éventuelle, diminue le risque de cancer du col et enfin supprime le risque de pseudo-récidives dont nous avons parlé.

- De la suture du péritoine vésical très haut à la face postérieure de l'utérus (réalisant une sorte de vésico fixation haute de HALBAN).

- De la fixation des cornes utérines au pubis.

- De la périnéorrhaphie postérieure enfin, presque toujours nécessaire.

2- Les indications sont très simples :

- Elles se résument en effet à la cystocèle plus ou moins importante isolée ou associée à une incontinence d'urines.

- Par contre il nous paraît exagéré de considérer la rétroversion utérine comme une indication de l'interposition. Il nous semble en effet exagéré de remplacer une rétroversion par une antéversion forcée de l'utérus. L'interposition est à notre avis une très bonne intervention dans certaines conditions, mais on ne saurait corriger une mauvaise orientation de la filière génitale par une orientation nouvelle et tout aussi peu anatomique

3- Les contrindications sont diverses et d'importance variable.

a- La contreindication essentielle est la possibilité de gestation. On ne peut qu'être choqué par les interpositions chez les femmes jeunes, telles qu'en citent ZACHERL et TISCHER mais aussi actuellement NABRISKI et ZELOOF (Israël) la nécessité d'une ligature de trompes associée rend l'interposition inacceptable chez une femme jeune.

b- On ne saurait non plus interposer un utérus pathologique, ou plus précisément présentant des lésions graves en particulier malignes. Au passif de la méthode on doit bien reconnaître que ces lésions demeurent possibles bien que rares (1,3 % de cancers du col dans la statique de ZACHERL et TISCHER).

c- Les autres contrindications sont relatives et l'on doit apprécier en particulier la taille de l'utérus :

- un utérus de taille plutôt petite peut être interposé et nous verrons ultérieurement qu'on peut interposer très efficacement un moignon du col après hystérectomie subtotale.

- Par contre un utérus volumineux est moins utilisable, car il saille de façon trop importante sous la paroi vaginale antérieure, pouvant être source de dyspareunie. Il peut en outre comprimer la vessie. On peut dans certains cas réduire le volume utérin par des myomectomies.

Ces réserves étant faites, comme le concluent le Docteur RENE et le Professeur SUREAU, "Au cours du traitement opératoire du prolapsus chez la femme ménopausée, l'interposition vésico-vaginale paraît être un temps très efficace chez des malades soigneusement sélectionnées".

LES PROMONTO-FIXATIONS

Déjà proposée par KUSTNER en 1890 pour le traitement des prolapsus génitaux aux alentours de la ménopause, la fixation au promontoire a été introduite en France par HUET en 1939. En fait c'est surtout depuis 1957 qu'elle fût connue grâce aux travaux de AMELINE, HUGUIER et SCALI.

La démarche qui a amené HUGUIER et SCALI à préconiser cette méthode est intéressante à rappeler en la résumant.

- les vrais ligaments suspendant l'axe génital sont les ligaments utéro-vagino-sacrés ;

- malgré leur solidité, une ptose utéro-vaginale suppose leur altération et leur élongation ;

- les remettre en tension, peut être insuffisant car ils sont déjà altérés.

- On est donc amené à les reconstituer artificiellement par une pexie isthmique, non pas au niveau de la 3ème vertèbre sacrée, mais beaucoup plus commodément au niveau du promontoire, la différence de niveau n'ayant qu'une valeur négligeable et ne perturbant guère l'orientation du tractus génital.

Depuis ces travaux initiaux on a appris à connaître les avantages de la méthode, mais aussi ses inconvénients possibles et partant, à poser soigneusement les indications.

A- Dans notre série, la méthode a été employée 22 fois, abstraction faite :

- des cures d'élytrocèle déjà citées ;
- des hamacs ;
- des cures de prolapsus après hystérectomie.

I- Age

- avant 30 ans	I
- de 30 à 40 ans	3
- de 40 à 50	5
- de 50 à 60	6
- de 60 à 70	6
- après 70 ans	I

2- Les symptômes

a- Deux sont constants : d'une part la cystocèle ici non extériorisée, d'autre part le prolapsus de l'utérus ou hystéropiose. Ces deux éléments déjà nets au repos, s'accroissent à la poussée abdominale.

b- Les autres données de l'examen pré-opératoire sont bien plus contingentes :

- Pollakiurie	2
- Incontinence	0
- Rétroversion	I

Une patiente avait subi un an avant la pexie discale, une ventro-fixation avec un bénéfice nul.

Il est bien entendu nécessaire de faire un examen complet appréciant :

- l'existence d'un allongement du col
- la valeur du périnée postérieur ;
- les lésions associées sont soigneusement recherchées.

3- L'intervention

a- La pexie proprement dite a comporté :

La fixation non pas au disque L5 - L4 mais au ligament prévertébral, en utilisant du nylon acapillaire, ou une bandelette de peau conservée.

La péritonisation a été pratiquée 5 fois selon le procédé de CHARRIER-GOSSET. Cependant, 17 fois aucune péritonisation n'a été faite. Nous avons à nous expliquer sur ce point qui peut paraître très surprenant au premier abord.

b- Des temps supplémentaires ont été ajoutés :suivant les cas :

- périnéorraphie antérieure	5 cas
- hamac sous-vésical	1 "
- périnéorraphie postérieure	13 "

B- Les résultats sont les suivants :

1/ 17 résultats sont bons avec un recul de 1 à 4 ans. Pas d'incontinence, la cystocèle est bien contenue, le col reste en place. Dans un cas il faudra très probablement faire une amputation d'un col allongé. Malheureusement, il n'est pas possible de préciser dans quelle mesure cet allongement existait auparavant. Il serait évidemment intéressant de savoir si la pexie discale peut favoriser un allongement et dans quelle proportion.

Dans un cas, on put constater opératoirement la qualité de la pexie : il s'agissait d'une femme de 36 ans qu'il fallut hystérectomiser 3 ans après. A l'intervention, l'utérus était en place, solidement maintenu grâce à la pexie, le col n'étant pas pathologique, on put le conserver, de façon à garder les bénéfices de cette statique pelvienne correcte. En résumé, la promonto-fixation a donné satisfaction dans 80,9 % des cas.

2/ Dans 4 cas le résultat a été moins satisfaisant, en raison d'une cystocèle modérée mais nette. Il s'agissait de femmes qui présentaient au départ une cystocèle importante qu'il eut peut être fallu traiter d'emblée par un hamac sous-vésical de peau conservée.

3/ Un cas enfin est un échec complet, la pexie n'ayant pas tenu. Il est probable que le souci de ne pas faire de points perforants sur l'utérus a amené à y faire des prises trop légères.

C- Discussion

1/ Nous n'avons pas eu de complications vertébrales. Le risque de cette complication dont la gravité est bien connue, fait prendre des précautions très strictes.

- Recherche d'une atteinte disco-vertébrale antérieure et pour l'intervention

- Prise du ligament prévertébral seulement

- Pas de points perforants sur l'utérus

- Pas de promonto-fixation s'il existe des lésions infectieuses annexielles, même si l'annexectomie bilatérale est pratiquée en même temps.

2/ Par contre, une fois on a observé une occlusion du grêle par incarceration d'une anse dans une brèche de la péritonisation, et ceci quelques semaines après la fixation au promontoire. L'intervention fut pratiquée suffisamment tôt pour n'avoir pas d'anse à réséquer. La déhiscence péritonéale ayant été à nouveau suturée, le résultat ultérieur n'a pas été compromis.

Il faut insister sur le fait que dans ce cas une péritonisation recto-vésicale au catgut avait été faite. Ce risque occlusif est bien connu et pose un problème prophylactique essentiel.

1- HUGUIER péritonise au catgut qu'il préfère, parce que ce matériau ne déchire pas.

2- De nombreux auteurs péritonisent au fil non résorbable à points séparés, mais il nous est arrivé de constater une brèche péritonéale petite, mais scléreuse, deux ans après une telle péritonisation.

3- BRET pour sa part, partant du principe qu'on ne peut espérer la coalescence de deux surfaces séreuses faites pour glisser l'une sur l'autre, incise le péritoine et fait une véritable opération de THOYER ROZAT pour péritoniser. Cet artifice est sûrement très intéressant s'il diminue de façon nette le risque occlusif.

4- Enfin le Docteur BLANC à qui nous devons une grande partie de ces observations a opté pour l'absence de péritonisation mais alors une condition absolue est exigée : la pexie postérieure n'est réalisée que si l'isthme vient facilement au contact du disque. Ceci évidemment restreint les indications de la méthode.

Enfin nous n'avons pas eu à nous poser de problèmes obstétricaux dans les suites d'une pexie discale. La possibilité d'accouchement par voie basse est bien connue maintenant.

LES HYSTERECTOMIES VAGINALES ET LES COLPO-HYSTERECTOMIES

L'ablation de l'utérus est conseillée depuis Ambroise PARE, voire depuis SORANUS d'EPHESE dans la cure de certains prolapsus. Pourtant l'hystérectomie ne résoud pas en principe le problème de la descente de matrice. Quels avantages peut-on par conséquent en tirer ? Ils sont au nombre de 3 :

1- L'ablation d'un organe qui a en quelque sorte perdu droit de cité dans la cavité abdomino-pelvienne.

2- L'ablation d'un organe peut-être pathologique.

3- La possibilité ensuite d'utiliser les moyens de sustentation de l'utérus pour reconstituer un plancher périnéal plus satisfaisant. Ces moyens de sustentation ont certainement une valeur moindre qu'à l'état normal puisqu'ils ont au préalable donné la preuve de leur insuffisance. Mais associés à une myorrhaphie étendue des releveurs et à une colpectomie plus ou moins poussée, ils ont une valeur d'appoint qui est loin d'être négligeable.

Les procédés utilisés pour reconstituer le plancher périnéal sont très nombreux mais peuvent se ramener à 3 types :

a- La colpohystérectomie type ROUHIER qui comporte une colpectomie subtotale ; les lambeaux étant taillés en se servant de l'utérus non encore enlevé comme tracteur. On pratique une fois l'hystérectomie faite, un adossement de la vessie au rectum, puis une myorrhaphie étendue.

Ce procédé n'est pas dénué d'inconvénients car on ne peut compter sur l'adossement de deux organes réservoirs pour résister à la poussée abdominale. Les récidives revêtent fréquemment la forme d'une uréthro-cystocèle avec souvent incontinence. Des améliorations ont été apportées par CORDIER et THOYER ROZAT :

- adossement vessie-rectum moins complet ;
- colpectomie moins étendue ;
- bourses d'enfouissement sur la vessie.

b- Le procédé de CROSSEN comporte la réunion grâce à une longue suture médiane des ligaments ronds, des ligaments cardinaux, des utéro-sacrés.

c- Le procédé de CAMPBELL comporte la réunion des deux ligaments utéro-sacrés sur la ligne médiane et la suture de l'extrémité antérieure de chacun d'eux sous la symphyse ou à la partie antérieure du releveur correspondant, ce qui constitue fréquemment un plancher d'une remarquable solidité. Les deux ligaments peuvent être croisés. Le fond vaginal est réamarré le plus haut possible sur les utéro-sacrés. De plus, ce procédé n'empêche nullement de réunir sur la ligne médiane les ligaments ronds et cardinaux.

Nous avons 79 cas de colpo-hystérectomies vaginales :

Λ- Leur répartition

1/ Age

- moins de 40 ans	1
- de 40 à 50 ans	6
- de 50 à 60 ans	21
- de 60 à 70 ans	33
- de 70 à 80 ans	17
- au-dessus de 80 ans	<u>1</u>

2/ Neuf d'entre elles avaient été opérées antérieurement :

- périnéorraphie antérieure et postérieure (20-13-10 et 8 ans auparavant) ;
- pexie antérieure (23 ans et 2 ans avant) ;
- triple opération à la française (10 et 8 ans avant) ;
- cure de périnée complet 25 ans avant, avec échec et fistule recto-vaginale que la malade supportait bien. La cure fut faite en même temps que l'hystérectomie vaginale.

3/ Les symptômes

Toutes ces femmes présentaient un prolapsus extériorisé subtotal, avec comme d'habitude une paroi antérieure complètement déroulée, tandis qu'au niveau des parois postérieures et latérales persistait un cul de sac plus ou moins important selon les cas. L'allongement du col fut fréquemment noté, non seulement après pexie antérieure, mais aussi spontanément en l'absence de toute intervention (25 cas où la longueur du col variait de 4 à 10 cm et où le type était :

- hypertrophique 10 fois
 - atrophique 2 fois (9 et 10 cm de col)
 - mixte à prédominance hypertrophique dans les autres cas.
- Ceci souligne bien l'importance de cette lésion décrite par P.C. HUGUIER).

Certaines présentaient des signes urinaires :

- rétention chronique incomplète avec nécessité de réduire le cystocèle pour uriner ;
- pollakiurie qui devait être la manifestation plus modeste de la même rétention chronique incomplète.

5. The fifth part of the document outlines the various methods used to collect and analyze financial data, including the use of spreadsheets, databases, and specialized accounting software. It also discusses the importance of regular audits and the role of external auditors in verifying the accuracy of the financial statements.

6. The sixth part of the document focuses on the preparation and presentation of financial statements, including the balance sheet, income statement, and cash flow statement. It provides detailed instructions on how to format these statements and how to interpret the results.

8. The eighth part of the document outlines the various methods used to collect and analyze financial data, including the use of spreadsheets, databases, and specialized accounting software. It also discusses the importance of regular audits and the role of external auditors in verifying the accuracy of the financial statements.

9. The ninth part of the document focuses on the preparation and presentation of financial statements, including the balance sheet, income statement, and cash flow statement. It provides detailed instructions on how to format these statements and how to interpret the results.

Neuf incontinences d'urines vraies furent retrouvées :

- 6 incontinences d'effort dont 2 très modestes ;
- 2 incontinences athostatiques et d'effort ;
- 1 incontinence pratiquement totale.

On étudiera ultérieurement ce problème.

Les conditions de l'hystérectomie vaginale méritent d'être rappelées :

1/ La taille de l'utérus gros au maximum comme une tête de fœtus. Parfois des myomectomies peuvent aider : c'est ce qui s'est passé pour 2 de nos malades.

2/ Le degré de descente et il faut se méfier de l'existence fréquente de l'allongement du col qui fait croire à un prolapsus plus important qu'en réalité (Il est prudent de faire en début d'intervention un examen sous anesthésie).

3/ Certains éléments sont péjoratifs :

- une pexie antérieure encore que chez 2 de nos malades seulement on dut faire une laparotomie pour défixer l'utérus ;
- des antécédents de pelvipéritonite ;
- un utérus peu mobile ;
- enfin des difficultés de libération peuvent amener à faire une laparotomie. Dans un cas ce fut nécessaire pour enlever un kyste de l'ovaire dont l'aspect macroscopique était suspect, ce qui fut malheureusement confirmé par l'histologie et l'évolution mortelle en quelques mois.

Résultats obtenus

A- Nous avons seulement 2 cas de ROUHIER qui sur le plan de la statique pelvienne donnent de bons résultats à 1 an de distance, avec il est vrai une colpectomie et une myorraphie

étendue, l'un des malades présentait une incontinence modérée après l'intervention qui aurait dû être prévenue par un temps urinaire.

B- Hystérectomies vaginales avec CROSSEN : 34 cas

1/ 7 ont été perdues de vue, tandis que chez 2 autres on a découvert un carcinome de l'ovaire gauche pendant l'intervention (l'évolution fut fatale en quelques mois) et un néoplasme de la vessie dans les 6 mois après l'intervention (l'évolution fut là aussi rapidement mortelle). Ces deux affections redoutables mettaient au second plan la constatation d'une statique pelvienne correcte.

2/ 25 cas ont été suivis de 1 à 5 ans

- | | | |
|--|---|-----------------------|
| - 16 résultats très bons | | (64 %) |
| - Pollakiurie | 2 | (8 %) |
| - I.V. | 2 | (8 %) |
| dont une dût être reprise par cervicopexie | | |
| - Cystocèles | 5 | (20 %) dont deux font |

redouter une récurrence, d'autant qu'elles apparaissent à peine plus d'un an après l'intervention.

Si l'on se montre moins strict sur les critères de réussite, on peut considérer qu'il y a eu 2 échecs vrais : à savoir les incontinenances (8 %). Pour les autres résultats que nous estimons moyens, les patientes étaient satisfaites.

C- Hystérectomies vaginales avec CAMPBELL. 43 cas :

1/ 3 malades furent perdues de vue

2/ Les autres ont été suivies de 1 à 4 ans

- 29 bons résultats (statique et fonctionnel)
- 4 pollakiurie
- 6 incontinences dont une seule doit être reprise par une cervicopexie. Les autres étaient modérées et deux fois se sont même amendées progressivement.

- 1 cas de cystocèle (modérée).

Donc on peut considérer qu'il y eut :

- 72,5 % de bons résultats
- 15 % d'échecs (six incontinences)
- 12,5 % de résultats moyens car entâchés par une pollakiurie ou une cystocèle modérée.

Quelles conclusions tirer ?

1/ Il semble bien que la cystocèle post-opératoire ait été plus fréquente quand le procédé de CAMPBELL n'était pas fait. Cela nous paraît confirmer la valeur de l'utilisation des utérosacrés pour reconstituer un plancher périnéal.

2/ Par contre les incontinences ont été plus fréquentes après CAMPBELL. 12,5 % au lieu de 8 % dans le CROSSEN. A vrai dire cela ne paraît nullement être dû à la méthode. Il faut incriminer bien plus l'absence d'un temps antérieur urinaire, qu'il eût probablement fallu faire et d'autre part l'étendue peut-être exagérée de la colpectomie subtotale associée, qui ne paraît pas être très favorable à la continence urinaire.

GROSSEN

CAMPBELL

25 cas revus

40 cas revus

très bons	:	16	64 %	:	29	72,5 %
pollakiurie	:	2	8 %	:	4	10 %
I. U.	:	2	8 %	:	6	15 %
cystocèle	:	5	20 %	:	1	2,5 %

LES PROLAPSUS APRES HYSTERECTOMIE

Dans notre série de 340 prolapsus, 46 femmes avaient subi auparavant une hystérectomie soit 13,5 %. Ce chiffre est très élevé par rapport aux statistiques publiées :

- 1,2 % Wodon
- 5,3 % Hervet
- 8,5 % Ameline et Huguier

On n'a retrouvé aucune explication technique à cette fréquence anormalement élevée. Le seul élément important à retenir c'est que 30 de ces prolapsus étaient apparus plus de 15 ans après l'hystérectomie. Si le pourcentage de ce type de prolapsus est élevé, c'est parce que nombre des patientes étaient hystérectomisées depuis longtemps.

A- Répartition de la série :

1- L'âge des patientes quand le prolapsus a été constaté est le suivant :

- | | |
|-----------------------|----|
| - avant 40 ans | 1 |
| - de 40 à 50 ans | 7 |
| - de 50 à 60 ans | 18 |
| - de 60 à 70 ans | 14 |
| - de 70 à 80 ans | 5 |
| - au-dessus de 80 ans | 1 |

2- Le type d'hystérectomie pratiquée :

- Hystérectomie subtotale	37	(80,5 %)
- " totale	8	(17,3 %)
- " vaginale	1	(2,2 %)

La fréquence plus grande après hystérectomie subtotale ne paraît-être dûe qu'à la fréquence plus grande de ce type d'opération. Par contre il est probable que ces chiffres tendront à se modifier puisqu'actuellement l'hystérectomie totale est plus souvent pratiquée. (Il n'a été que rarement possible d'avoir des renseignements plus précis sur l'intervention initiale : Type de péritonisation, suspension du dôme vaginal aux ligaments ronds etc...)

Selon GOSSELIN, AMELINE et HUGUIER on peut penser sans trop d'erreur, que le pourcentage de prolapsus ne dépend guère du type d'hystérectomie abdominale (totale ou subtotale). Par contre ajoutent-ils, l'hystérectomie vaginale les favorise peut-être "La dépression en entonnoir créée par la vaginale ordinaire n'est peut-être pas étrangère à ces faits". Dans notre série ce problème ne s'est pas posé. En effet, la seule hystérectomie vaginale citée était en fait pratiquée pour traiter le prolapsus.

3- Le délai d'apparition est variable :

a- pour les subtotaux

- 1 à 5 ans	2
- 5 à 10 ans	2
- 10 à 15 ans	7
- 15 à 20 ans	15
- plus de 20 ans	11

b- Pour les hystérectomies totales

- moins d'un an	1
- 5 à 10 ans	2
- 10 à 15 ans	1
- 20 à 30 ans	4
	8

Dans les cas du prolapsus apparu moins d'un an après l'hystérectomie totale, il s'agit du déboire bien classique, conséquence d'un examen insuffisant : un volumineux fibrome justifiait l'intervention, mais empêchait une déficience périnéale nette de se manifester. Celle-ci apparut en quelques mois. Si dans ce cas le déroulement des faits est quasi expérimental, on peut légitimement penser que le prolapsus devait en partie préexister dans les autres cas où il s'est à l'évidence manifesté moins de 5 ans après une hystérectomie pour fibrome.

A l'inverse, dans de nombreux cas, comme nous l'avons déjà dit, le prolapsus s'est manifesté tard après l'ablation de l'utérus (après 15 ans dans 30 cas, après 20 ans dans 15 cas). Quel est le rôle de l'hystérectomie dans la descente d'organe ? Elle l'a peut-être favorisée mais très probablement peu. Elle donne seulement au prolapsus un aspect clinique différent qui modifie la thérapeutique.

SYMPTOMES.

1/ Après hystérectomie subtotale :

- colpocystocèle	29
- prolapsus du col	19
- allongement hypertrophique	11, dont 3 importants
- élytrocèle	2
- colpocèle postérieure et rectocèle	5
- incontinence d'urine	
. stade 1	5
. stade 11	3

Parmi ces symptômes l'un est particulier : le prolapsus du col plus ou moins allongé et hypertrophié. De plus, le col tend à aggraver l'ensemble du prolapsus ; en effet, comme l'explique MERGER, il tend à se mettre en rétroflexion, c'est à dire dans l'axe du vagin. Dès lors, sous l'effet de la poussée abdominale, il tend à s'enfoncer en coin dans le canal vaginal, dont il écarte les parois, en même temps qu'il les entraîne.

C'est le mécanisme du "col piston" décrit par GRANJON.

En outre, le col est fréquemment allongé (11 fois dont 3 fois de façon importante). Cet allongement est ici de type hypertrophique, ce qui se conçoit fort bien puisqu'il n'est pas étiré.

Enfin, le col peut être pathologique. Nous avons ici 8 cas de cervicite chronique dont la cure a été faite de façon radicale par l'intervention. Mais surtout un épithélioma intra-épithélial a été découvert à l'examen d'une des pièces.

Toutes ces données militent pour l'amputation du col restant.

2/ Après hystérectomie totale, les symptômes de nos 8 cas sont :

- colpocystocèle	7
- rectocèle	1
- élytrocèle	1
- prolapsus du fond vaginal	3
- l'incontinence d'effort	1

Un point essentiel à préciser est l'existence ou non d'un prolapsus du fond vaginal. En effet, la thérapeutique en est modifiée.

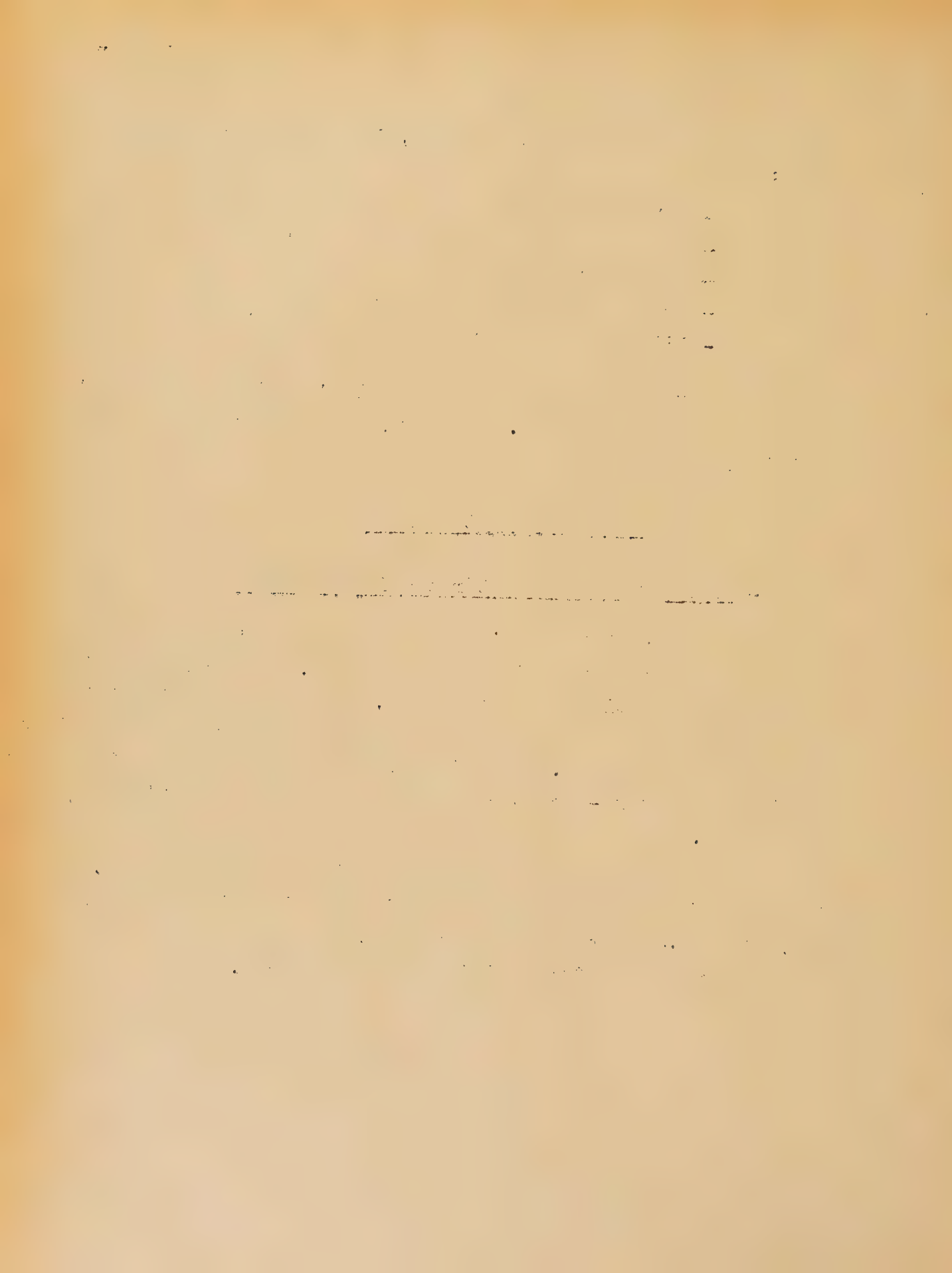
CONDUITE THERAPEUTIQUE

1.- Prolapsus après hystérectomie subtotale

1/ L'existence d'un col et surtout d'un col prolabé est pour la dissection d'un grand secours. Non seulement c'est un moyen de traction et de repérage, mais en outre l'incision en T renversé de CROSSEN demeure possible et la vessie peut être disséquée sans danger. Enfin il permet de retrouver les ligaments cardinaux et utéro-sacrés comme au cours d'une opération de MANCHESTER.

2/ Dans la cure proprement dite de ce prolapsus, deux éventualités sont à distinguer, selon que le col est normal ou non, c'est-à-dire conservable ou non.

Un col normal peut être utilisé pour une pexie.



a- Celle-ci peut être antérieure : soit directement, soit par l'intermédiaire d'une bandelette aponévrotique (2 fois dans notre série), mais ce procédé s'il donne de bons résultats à court terme, donne à distance les mêmes inconvénients que les ventrofixations.

b- La fixation postérieure du col est évidemment beaucoup plus anatomique. Elle maintient la filière génitale dans son axe quasi normal. De plus, le Douglas est fermé par une péritonisation recto-vésicale soigneuse. Ce procédé a été utilisé 6 fois par l'intermédiaire d'une bandelette de peau. Les résultats sont les suivants :

- 5 succès suivis de 8 mois à 5 ans avec un col en place, un périnée antérieur satisfaisant, une continence urinaire également correcte. Un seul de ces 5 cas a fait craindre une complication rachidienne. En fait, la surveillance et la répétition des examens a montré qu'on pouvait éliminer cette complication.

- Dans le 6ème cas l'échec s'est traduit 2 ans après une cystocèle modérée sans troubles de la continence.

3/ Dans d'autres cas le col doit être enlevé parce qu'il est allongé ou pathologique (c'est d'ailleurs l'attitude systématiquement conseillée par MERGER et ROMAN). Il va de soi que la constatation d'un épithélioma du col change radicalement la conduite à tenir et met au second plan les problèmes de statique pelvienne, hormis le cas d'un épithélioma in situ dont le caractère non envahissant est dûment constaté.

a- 7 fois l'âge des patientes et leur renoncement a permis de faire une colpocervicectomie subtotale gardant seulement un canal vaginal antérieur sous urétral, tandis que la myorraphie

était poussée loin en avant. Dans cinq cas, avec un recul de 12 à 30 mois, le résultat peut être estimé très bon. Dans deux cas cependant il existe une uréthrocystocèle modérée ne donnant pas d'ennui.

b- Dans six autres cas, le non-renoncement des patientes obligeait à garder une cavité vaginale. On a donc pratiqué alors une opération de Bickel, c'est à dire un "Campbell sur col restant". Ce col restant permet en effet de retrouver les ligaments utéro-sacrés qui peuvent être insérés à la partie antérieure des releveurs ou sous la symphyse pubienne. De plus, le fond vaginal peut être suspendu à ces ligaments. Une périnéorraphie antérieure et postérieure est également pratiquée. Le résultat a été constamment bon avec un recul de 1 à 2 ans.

c- Un cas particulier est représenté par l'interposition du col restant. En effet, dans certaines uréthrocystocèles on peut pratiquer une sorte de WERTHEIM SCHAUTA du col restant. Souvent appelé opération de SPALDING RICHARDSON ce procédé semble avoir été utilisé pour la première fois par MOUGENOT.

Il nécessite un col assez volumineux pour réaliser un support vésical efficace et lui-même suffisamment fixe pour ne pas se prolaber à son tour (on ne peut en outre détruire la plus grande partie de sa muqueuse pour diminuer le risque, ultérieur d'épithélioma). Le col est donc placé entre vessie et vagin, comme dans une interposition banale. Il est fixé en avant aux branches ischio-pubiennes, tandis qu'en arrière et en haut il reste fixé par les ligaments utéro-sacrés.

Cette méthode a été utilisée 5 fois sans difficultés. Les résultats sont bons dans 4 cas avec un recul de 1-3-4 et 7 ans et demi. Le cinquième cas montre les insuffisances de la méthode. Voici l'observation : il s'agit d'une femme de .

58 ans qui a subi une hystérectomie subtotale à 40 ans, puis une périnéorrhaphie antérieure et postérieure à 51 ans ; mais la cystocèle récidive. L'interposition du col restant est décidée et pratiquée, mais en fin d'intervention le col lui même ne paraît pas suffisamment fixé. On adjoint donc un hamac de peau conservée tendu d'une branche ischio-pubienne à l'autre et passant sous le col. Cinq ans après la cystocèle récidive en avant du col interposé et s'accompagne cette fois d'une incontinence d'effort. On est donc contraint de faire une suspension du col vésical par une deuxième bandelette de peau conservée. Revue au bout de 13 mois la malade ne présente ni cystocèle, ni incontinence.

B- Prolapsus après hystérectomie totale

Les prolapsus après hystérectomie totale posent des problèmes thérapeutiques souvent beaucoup plus difficiles. Nous en avons 9 cas dont 1 après hystérectomie vaginale et 8 après hystérectomie totale abdominale (pourcentage par rapport à l'ensemble des prolapsus génitaux après hystérectomie : 17,3 %).

Le problème thérapeutique peut se scinder en deux parties selon que le fond vaginal est prolabé ou non : c'est en effet là un point important.

A- Dans la première éventualité, le fond vaginal est fixé par une zone de tissu cicatriciel (5 cas). Il existe alors soit une colpocèle antérieure, soit une colpocèle postérieure soit les deux.

1/ L'intervention elle même est compliquée pour plusieurs raisons :

- le fond vaginal étant fermement attaché en profondeur l'abord est beaucoup plus difficile ;

- l'incision en T renversé de CROSSEN est pratiquement impossible et le clivage intervésico-vaginal n'est pas dénué de danger pour la vessie, voire pour les uretères ;

- enfin le fascia de Halban n'est pas aussi aisément retrouvé. Sa dissection est beaucoup plus laborieuse et de ce fait il a beaucoup moins d'étoffe.

2/ La cure a comporté dans 5 cas :

a- une périnéorraphie postérieure dans 3 cas dont 1 avec cure d'élytrocèle ;

b- une périnéorraphie antérieure 5 fois dont 2 cas avec utilisation d'un hamac de peau conservée en raison de l'importance de la cystocèle ;

c- la colpectomie a été adaptée non à l'âge, mais au renoncement des patientes, mais par principe on a gardé un couloir vaginal antérieur sous urétral.

- Pour les périnéorraphies simples, 2 bons résultats suivis de 2 à 3 ans. Cependant dans un cas une petite cystocèle récidivante fait regretter de ne pas avoir pratiqué d'emblée un hamac sous-vésical de peau conservée.

- Pour les hamacs : 2 très bons résultats suivis également pendant la même durée, les suites immédiates ayant été fort simples.

B- Dans les 4 cas où il existait un prolapsus du fond vaginal on a eu recours 3 fois à une colpectomie subtotale et 1 fois à un hamac antéro-postérieur à double équipe.

1/ Dans les 3 premiers cas la colpectomie subtotale autorisée par l'âge et le renoncement et suivie d'une myorraphie étendue des releveurs, a donné de bons résultats. Une patiente présente cependant une discrète pollakiurie mais aucune cystocèle (recul de 2 à 4 ans).

2/ Dans un cas il fut pratiqué un hamac promonto-pubien ou plus précisément promonto-releveurs (si l'on peut se permettre ce barbarisme). Ce procédé a permis de contenir de façon satisfaisante la cystocèle et de suspendre le fond vaginal (le recul est d'un an).

Dans aucun cas il n'y eu lieu de faire une suspension isolée du fond vaginal au disque lombo-sacré. Cependant il est indéniable que ce procédé peut rendre de grands services, quand il existe un prolapsus du fond vaginal seul sans cystocèle, ni rectocèle. Dans le service du Docteur RENE de principe, cette suspension est faite par l'intermédiaire d'une bandelette de peau conservée qui permet une suspension efficace et n'a pas donné jusqu'à présent d'accidents rachidiens, dont on sait la gravité.

INCONTINENCE D'URINES ET PROLAPSUS

L'incontinence d'urines orthostatique ou d'effort peut être diversement associée au prolapsus génital. En effet elle peut être :

1- PATENTE accompagnant la descente de matrice et demandant à être traitée dans la même séance opératoire.

2- LATENTE ou VIRTUELLE : elle doit être recherchée par un examen soigneux avant l'intervention, puisqu'un traitement adapté peut l'empêcher d'apparaître.

3- POST-OPERATOIRE enfin, conséquence plus ou moins directe et toujours regrettable de l'intervention.

Nous prendrons le plan suivant :

- rappel des mécanismes de l'incontinence d'urines ;
- éléments du diagnostic ;
- éléments du pronostic ;
- les cas que nous rapportons, au nombre de
 - . 76 incontinenances patentes
 - . 28 incontinenances potentielles
 - . 11 incontinenances post-opératoires.

LES MECANISMES DE L'INCONTINENCE D'URINE

A- Il est bien certain que des inconnues importantes persistent. Cependant actuellement le problème a été grandement clarifié grâce à de nombreux travaux modernes.

1/ Certaines hypothèses comme celle de LAPIDES, expliquant l'incontinence par la brièveté de l'urètre, sont à rejeter ainsi que le montre l'étude de la miction après vulvectomie.

2/ YOUSSEF l'explique uniquement par une insuffisance sphinctérienne vésicale. Cette hypothèse est insuffisante ; mais elle a le mérite de souligner le fonctionnement défectueux du sphincter, que ce phénomène soit primitif ou plus probablement secondaire à un changement de position de la vessie. Nous verrons que l'uréthro-kymographie est un moyen simple d'apprécier le tonus sphinctérien vésical.

3/ Ce sont les études cystographiques qui ont apporté le plus de renseignements sur les incontinenances. HODGKINSON, grâce à la cystographie à la chaînette, a cru avoir trouvé le stigmate de l'incontinence dans l'ouverture de l'angle urétro-vésical postérieur (en réalité il n'a qu'un intérêt second et, à vrai dire, assez contingent). LEPAGE et de TOURRIS ont étudié par des procédés analogues l'entonnoir prémictionnel qui interrompt chez la femme continente, existe en permanence en cas d'incontinence.

Enfin, certains auteurs comme JEFFCCATE et ROBERTS, comme BETHOUX et BORY ont insisté sur l'importance du déplacement de la vessie hors de l'enceinte abdominale.

B- Les points essentiels à retirer de l'étude de l'anatomie sont les suivants :

1/ Le système sphinctérien dont l'étude détaillée a été faite par LANGREDER il y a 10 ans, comprend d'abord un système de fermeture, fait de deux arcs antérieur et postérieur à concavité inverse, émanant des fibres du détroisor et enserrant l'origine de l'urètre comme un coupe-cigare. Les prolongements spiralés de ces deux arcs descendent le long de la moitié proximale de l'urètre et y forment un manchon sphinctérien. Ces deux formations sont musculaires lisses et donc bien différentes du sphincter strié, c'est du moins l'étiquette que l'on donne à des fibres striées plus ou moins dissociables et qui dépendent en partie du diaphragme uro-génital.

2/ Les éléments de soutien

Ils sont constitués par les ligaments pubo-vésicaux et par les expansions (situées derrière la jonction cervico-urétrale) des pubo-coccygiens (sphincter supérieur de l'urètre de DAVIES). Classiquement la base de la vessie est remarquablement fixée. Cependant les études radio-cinématographiques de BETHOUX et BORY montrent que cette fixité est très relative même chez la femme normale : au cours de l'effort les deux berges du col vésical se déplacent vers l'arrière leur accollement restant maintenu.

3/ Normalement le col vésical est situé à 1/2 ou 1cm au-dessus d'une ligne reliant le bord inférieur du pubis à la 5ème pièce sacrée, et à 2 ou 3 cm en moyenne, en arrière de la partie moyenne de la symphyse. La vessie est située au-dessus du plan des releveurs de l'anus. C'est donc en quelque sorte un organe intra-abdominal (INGELMANN-SUNDBERG).

4/ Dernier élément anatomique sur lequel a insisté en particulier BERKOW : l'importance du réseau veineux tout particulièrement au niveau de la jonction vésico-urétrale. Ce coussinet veineux "agit comme un intermédiaire élastique entre la contraction musculaire lisse ou striée et la lumière cervico-urétrale" (DUFOUR et TERNON). D'après BERKOW son atrophie est en partie responsable de l'incontinence post-ménopausique.

C- Les données de la physiologie sont encore plus importantes. Nous allons les résumer de façon schématique.

1/ Considérons la vessie en place et en dehors de tout effort. C'est un organe réservoir qui possède une tonicité propre grâce au détrusor. L'action de ce dernier est contrebalancée efficacement par le sphincter lisse de l'urètre. (Cet équilibre peut éventuellement être perturbé par des anomalies sphinctériennes ou par une modification du tonus du détrusor par exemple dans le cas des vessies neurologiques).

2/ Maintenant regardons ce qui se passe au cours de la poussée abdominale. Nous savons déjà que la vessie s'abaisse en bas et en arrière, mais reste néanmoins au-dessus du plan des releveurs, c'est à dire dans l'enceinte abdomino-pelvienne. L'augmentation de la pression "hydro-statique" se transmet également à tous les organes intra-abdominaux et donc à la vessie et à la partie initiale de l'urètre. L'ensemble urètre-vessie est intéressé, mais de façon uniforme, si bien que l'équilibre détrusor-sphincter n'est nullement perturbé. La continence est donc respectée.

3/ En cas de prolapsus modéré il existe un déplacement intermittent puis permanent du col vésical au-dessous du plan des releveurs. Lors de l'effort la poussée abdominale

augmente au niveau de la vessie, mais seulement au niveau de la portion qui est restée intra-abdominale. Par contre, elle ne s'exerce plus sur la portion qui se prolabe à travers le hiatus génital.

L'augmentation de la pression abdominale vient donc s'ajouter à la pression intra-vésicale. Elle s'ajoute à l'action du détrusor pour venir finalement forcer le sphincter vésical qui est incapable de résister à la somme des deux forces.

Il existe donc une insuffisance sphinctérienne réelle quoique relative comme l'avait expliqué YOUSSEF. Ce mécanisme de l'incontinence a été bien mis en évidence en 1960 grâce aux études de HODGKINSON, COBERT et EINHORNING en utilisant les urétro-cystomanomètres électriques.

4/ Quand il existe un prolapsus pimportant ou plus précisément une cystocèle extériorisée, une portion encore plus importante de la vessie est en dehors de l'enceinte abdominale. Il existe donc un bas fond vésical qui se laisse distendre plus facilement que le col vésical ne se laisse forcer. C'est donc ce bas fond vésical qui va amortir les augmentations de la pression intra-abdominale. A la poussée, il n'y a pas d'incontinence mais seulement une augmentation du volume de la cystocèle.

Pour expliquer l'absence d'incontinence dans ce cas, BETHOUX et BORY font aussi intervenir un mécanisme supplémentaire : la portion vésicale herniée viendrait faire pelote sous-vésicale, comprimer aussi l'urètre lors de l'effort.

Mais le fait important est que, dans ce cas, la cure opératoire incomplète de la cystocèle réduit certes celle-ci mais fait apparaître une incontinence post-opératoire, lorsque le col n'est pas réintégré dans l'enceinte abdomino-pelvienne (nous

avons là le type même de l'incontinence potentielle dont nous aurons à reparler). Cette explication est beaucoup plus satisfaisante que celle de HODGKINSON. Celui-ci en effet n'accordait pas de valeur à la position de la vessie mais seulement à l'angle urétro-vésical postérieur et à son rétablissement.

5/ Il faut mettre tout à fait à part un autre type d'incontinence caractérisé par le fait que le sphincter lisse ne peut rester fermé dans certaines circonstances. Cette impossibilité se trouve réalisée dans 2 cas. D'une part la paroi antérieure du col vésical est fixée à la symphyse par des adhérences rigides et inextensibles et au cours de la poussée abdominale seule la berge postérieure du col vésical se déplace d'où inocclusion de l'orifice urétral. D'autre part, la berge postérieure du col vésical peut être attirée en arrière par des adhérences post-opératoires en particulier après colpectomie étendue. Cette fois à la poussée, c'est la traction sur la berge postérieure du col vésical qui empêche celui-ci de rester fermé. Dans les deux cas le résultat est le même : l'ouverture inopportune de la lumière urétrale. C'est l'incontinence du type A de BETHOUX et BORY. C'est le "scar tissue effect" des auteurs américains. La légitimité de cette pathogénie reçoit une confirmation expérimentale par les études manométriques de YOUSSEF. En effet, au cours de l'urétro-kymographie, la pression de passage s'élève normalement au cours de la poussée de 10, 20mm de mercure. Ici au contraire, la pression n'augmente pas. Elle peut même s'abaisser à l'effort témoignant ainsi de la béance sphinctérienne qui ne présente plus de résistance.

C'est dans ce type d'incontinence que MULVANY a proposé la sphinctérolyse (1958), c'est à dire la libération rétropubienne de l'urètre et du col vésical et la section des ligaments pubo-vésicaux. Dans les formes graves dit-il, il peut être nécessaire d'ajouter dans le même temps une sangle sous-cervico-urétrale type GOEBBEL-STOECKEL.

DIAGNOSTIC DE L'INCONTINENCE D'URINE

Chez une femme présentant une incontinence orthostatique ou d'effort, associée ou non à un prolapsus, une enquête méthodique est nécessaire, pour confirmer le diagnostic, éliminant ainsi les autres incontinenances et pour choisir un mode de traitement souvent intriqué avec celui du prolapsus.

LES ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

A- Les caractères de l'incontinence

1- Son caractère majeur est d'être directement conditionnée par les variations de la pression abdomino-pelvienne. Ainsi apparaît-elle au cours de l'effort abdominal plus ou moins important, mais aussi lors du passage à la station debout. (Notons d'ailleurs que dans une perspective évolutionniste, HODGKINSON, l'interprète comme une inadaptation relative de l'être humain à la station debout).

2- Si certains caractères sont contingents, comme son importance, son aggravation possible lors des grossesses, par contre il importe de vérifier l'absence de :

- Dysurie ;
- Mictions impérieuses ;
- Pollakiurie ;
- Incontinence nocturne ;
- Anomalie du contrôle urinaire en dehors de l'effort.

B- Les données de l'examen :

Au cours de l'examen gynécologique, on peut constater l'incontinence d'effort lors de la toux ou de la poussée après avoir rempli la vessie avec du sérum physiologique. Cet examen se doit d'apprécier en outre l'existence d'une uréthro-cystocèle et son importance, l'état du col et du périnée postérieur ; mais surtout il permet de pratiquer le test de BONNEY ou de MARCHETTI. Il s'agit grâce à un clamp intra-vaginal ou simplement à ceux doigts, de replacer le col vésical dans sa position anatomique, réalisant ainsi une "cervico-pexie momentanée". Cette manoeuvre doit faire disparaître ou du moins atténuer fortement l'incontinence d'effort. Un test de BONNEY négatif rend très improbable le diagnostic d'incontinence d'effort.

C- L'uréthro-kymographie

Cette méthode apporte un appoint important au diagnostic. Sa réalisation est sans danger et très simple. Son seul inconvénient est de nécessiter un appareil de BONNET pour insufflation tubaire. L'insufflation intra-vésicale de gaz carbonique est faite avec un débit de 30 mm1 par minute et en appliquant l'olive contre le méat urétral.

Normalement on obtient une courbe ascendante traduisant l'absence de passage, puis un plateau à 70 ou 75 mm de mercure, traduisant l'équilibre entre la pression du CO₂ et la pression intra-urétrale. Cette pression augmente plus ou moins quand on pratique la manoeuvre de BONNEY ou à la contraction des releveurs.

Par contre, en cas d'incontinence la pression de passage est plus basse (au-dessous de 50) et influencée de façon variable par la contraction des releveurs.

En pratique, cette méthode présente un intérêt considérable dans 3 cas :

- elle permet d'éliminer les fausses incontinences (pollakiurie...) où la pression de passage est au-dessus de 50 mm.

- Elle permet de prévoir les conséquences d'une suspension du col vésical par la manoeuvre de MARCHETTI.

- Elle permet enfin de faire la preuve des incontinences potentielles : dans ce cas en effet la femme est continente, voire en rétention du fait de sa cystocèle. Mais la pression de passage abaissée témoigne à l'avance de l'incontinence qu'entraînera la cure isolée de la cystocèle.

On conçoit l'importance de cet examen pour prévenir des déboires post-opératoires. Cet examen est devenu de pratique courante à la Maternité PINARD et à l'Hôpital de la CROIX ST SIMON.

D- Les études radiologiques

La radiologie a apporté une aide considérable pour la compréhension de l'incontinence. JEFFCOATE et ROBERTS ont étudié l'angle urétro-vésical postérieur mesuré sur un cliché de profil au repos, puis à l'effort. Cet angle bien visualisé grâce à l'artifice de la chaînette est normalement de 90 à 100°, mais supérieur à ces chiffres dans l'incontinence. En fait, les études ultérieures ont montré que cette modification n'était ni constante, ni caractéristique. (Chez 13 de nos cas la cystographie fût pratiquée ; l'angle urétro-vésical postérieur n'était modifié que dans 9 cas). Par contre ce qui était constant c'était le déplacement postéro-inférieur de la vessie, déplacement qui paraît avoir beaucoup plus d'importance.

Les études cystographiques ont bien mis en évidence l'importance de la déformation en entonnoir du col vésical (ROBERTS, LEPAGE et de TOURRIS) cet aspect radiologique qui est normal en début de miction chez une femme continente, devient permanent quand il existe une incontinence.

C'est le stigmate radiologique de l'insuffisance du sphincter lisse. Seul le sphincter strié fait encore barrage, mais habituellement de façon imparfaite.

Enfin BETHOUX et BORY dans le service du Professeur HUGUIER, ont mis au point le colpo-cystogramme. Cet examen radiologique permet la visualisation des trois viscères pelviens en éliminant des artéfacts techniques en rapport avec la chaînette de HODGKINSON. (Cette chaînette en effet, par son action sur la muqueuse urétrale très réflexogène entraîne une contraction réflexe et empêche certains déplacements urétro-vésicaux, d'apparaître au cours de l'effort) leurs travaux ont confirmé l'existence de deux types d'incontinence. Le premier est dû à un déplacement du col vésical hors de l'enceinte manométrique abdominale. C'est l'incontinence du type P que l'on peut arriver à corriger par une promonto-fixation qui remet l'ensemble solidaire vessie-utérus dans l'enceinte abdominale où la pression va s'exercer de façon uniforme sur l'ensemble de la paroi vésicale, sans perturber l'équilibre du système détrusor-sphincter. A l'inverse, dans certains cas se trouve réalisée l'incontinence du type A, dire au "Scar tissue effect" des auteurs anglo-saxons. Dans ce cas, comme nous l'avons déjà vu, c'est la mobilité vésicale autonome au cours de l'effort qui est compromise.

Nous n'avons pas l'expérience du colpo-cystogramme. Il nous a semblé que l'urétro-kymographie était finalement aussi riche d'enseignements sur le plan thérapeutique, sans pour autant entraîner de désagréments pour la patiente.

LES FAUSSES INCONTINENCES

A l'évidence même, il est essentiel d'éliminer les fausses incontinences orthostatiques ou d'effort, leur méconnaissance ne saurait entraîner que des déboires thérapeutiques. HODGKINSON a mis au point trois "check-lists" qui permettent de rechercher ces erreurs de façon soigneuse et méthodique. Sans rapporter ici les listes de questions, il est néanmoins important d'insister sur les principales erreurs qui sont dûes essentiellement à des insuffisances d'examen.

Ainsi faut-il mettre fortement en doute le diagnostic d'incontinence d'effort quand on a la notion de mictions impérieuses, de brûlures à la miction, d'interventions urologiques antérieures, d'infection urinaire. Un examen urologique soigneux est alors nécessaire qui peut retrouver des affections aussi variées qu'une tuberculose rénale, une maladie du col vésical, une fistule vésico-vaginale minime et même un abouchement urétral d'un uretère ectopique.

Il convient aussi de rechercher des antécédents tels que traumatismes rachidiens, interventions vertébro-médullaires, maladies neurologiques. Dans ces cas, l'exploration manométrique vésicale peut mettre en évidence soit une hypotonie avec rétention et mictions par regorgement, soit une hypertonie au contraire.

Ailleurs c'est la notion d'énurésie de l'enfance, voir de troubles psychiatriques qui rend sceptique sur la réalité de l'incontinence ou plus exactement sur sa cause. Quant à certaines patientes, elles relèvent à l'évidence de la médecine psychosomatique, leurs troubles mictionnels étant noyés dans un tableau complexe fait de conflits conjugaux ou d'adaptation sociale.

LES ELEMENTS DE PRONOSTIC SONT D'IMPORTANCE VARIABLE

1- L'intensité même de l'incontinence n'est pas essentielle. Il convient de préciser cependant qu'on ne saurait parler d'incontinence d'effort à l'occasion de quelques fuites urinaires inopportunes (que NEMIR et MIDDLETON ont retrouvé dans 52,4 % des cas au cours d'une enquête portant sur un groupe important de collégiennes).

L'intensité peut être cotée selon trois degrés :

- Degré I : l'incontinence apparaît à la station debout lors d'un effort important.

- Degré II : elle apparaît à la station debout lors d'un effort modéré.

- Degré III : elle apparaît lors d'un effort très minime, en position couchée, alors qu'elle est constante en position debout.

2- Les interventions antérieures doivent être soigneusement précisées. Elles influencent la tactique opératoire. De plus l'existence d'une intervention antérieure est un argument péjoratif. Selon HODGKINSON le pourcentage de guérison est de 80 % à la première intervention, mais seulement 50 % lors d'une reprise. Ceci invite à tout mettre en oeuvre pour réussir d'emblée.

3- Le terrain psychologique est également important mais malheureusement moins accessible à l'enquête clinique. Il est cependant très important. En effet dans certains cas, l'intervention ne donne pas le résultat escompté car la patiente n'a pas confiance dans son contrôle vésical post-opératoire. Elle

reste longtemps pollakiurique, car en fait elle vide sa vessie le plus fréquemment possible pour éviter une miction inopportune. Il en résulte une pseudo-incontinence auto-entretendue. Il convient donc d'expliquer à l'opérée la nécessité d'une rééducation vésicale post-opératoire dont le rôle principal est de lui redonner confiance dans son contrôle vésical. ABOULKER conseille de placer une opérée récente à côté d'une opérée plus ancienne et déjà guérie. Encore faut-il que cela soit possible.

LES INCONTINENCES PATENTES

C'est ainsi que l'on peut dénommer les incontinenes spontanées par opposition aux incontinenes potentielles et aux incontinenes post-opératoires conséquence plus ou moins directe d'une intervention mal adaptée. Nous en avons 76 cas. Voici leur répartition en utilisant la classification d'ABOULKER en 3 stades de gravité croissante :

- 1er stade : 30 (incontinence à la station debout lors d'un effort important)
- 2ème stade : 42 (incontinence en position debout lors d'un effort modéré)
- 3ème stade : 13 (incontinence en position couchée lors d'un effort minime, incontinence constante en position debout).

L'association à un prolapsus est très fréquente. Dans 10 cas seulement on ne notait pas de cystocèle. Dans les autres cas (87 %) on notait une ptose vésicale ou urétro-vésicale modérée. Il est à noter que la proportion d'incontinenes au cours des prolapsus est très diversement appréciée dans les statistiques. Comme on le constate à la lecture du rapport sur les "Troubles fonctionnels urétro-vésicaux en gynécologie". Ainsi NEVEU nie formellement la possibilité de l'association cystocèle-incontinence. En fait dans l'incontinence il existe toujours un certain degré de prolapsus, mais il est tout à fait mineur (DUFOUR). Nous avons vu pourquoi la cystocèle importante ne s'accompagnait pas d'incontinence, mais au contraire pouvait entraîner une stase vésicale.

LES INTERVENTIONS PRATIQUES

A- Dans huit cas on ne fit aucune intervention.

1/ Trois malades avaient un état coronarien rendant très imprudent d'opérer. (Notons pourtant que l'incontinence par l'infirmité qu'elle peut présenter est le seul argument pour prendre quelques risques opératoires dans les prolapsus. En dehors de ce cas on ne saurait accepter délibérément un risque opératoire pour traiter une affection gênante certes, mais sans gravité).

2/ Deux fois l'intervention ne fut pas faite en raison du jeune âge et aussi du caractère modéré de l'incontinence. De plus, les grossesses ultérieures risquaient de détruire le résultat obtenu. Certains adjuvants peuvent être bénéfiques dans ces cas. On peut certes prescrire des acidifiants urinaires, de la vitamine E (les oestrogènes auraient été à prescrire si les femmes étaient ménopausées). Surtout la gymnastique est intéressante si la femme a la persévérance suffisante. Ce traitement médical est trop souvent négligé du fait de ses servitudes. DUCASSOU "n'opère les incontinenances qu'après un essai loyal de traitement médical pendant 2 à 3 mois (traitement centré essentiellement sur la gymnastique visant à l'obtention d'une sangle abdominale efficace). Dans 50 % des cas, ce traitement est suffisant et l'incontinence disparaît (incontinence du post-partum sans cystocèle)". GREGOIR évite ainsi l'intervention dans 60 % des cas.

3/ Trois patientes enfin ne furent pas opérées, car leur incontinence ne paraissait pas pure. Certains éléments comme une énurésie et le contexte psychologique rendaient sceptique sur le bénéfice qu'elles tireraient de l'intervention. En particulier

chez l'une d'elles, l'incontinence était au moins en partie la traduction somatique de ses difficultés conjugales.

B- Dans 22 cas l'incontinence était modérée et associée à une cystocèle. Pour des raisons variables, le seul traitement opératoire appliqué fut la cure du prolapsus. Il est intéressant de noter les résultats obtenus en ce qui concerne l'incontinence.

1/ Quatre fois, il fut pratiqué seulement une périnéorrhaphie antérieure avec reconstitution du fascia de HALBAN et suivie de myorrhaphie des releveurs. Le résultat est bon, l'incontinence a disparu, la cystocèle est contenue, mais le recul est inférieur à 1 an. Malgré ces succès immédiats, nous pensons que la périnéorrhaphie seule est insuffisante. Si l'incontinence mérite d'être opérée, il faut d'emblée faire plus, d'autant qu'une opération plus satisfaisante ne comporte guère plus de risque opératoire ou thrombo-embolique.

2/ C'est à un moindre degré le même reproche que l'on peut adresser à l'opération de MANCHESTER où la périnéorrhaphie antérieure contient la cystocèle. Elle fut pratiquée chez six femmes suivies de 1 à 5 ans. Elle a donné 5 bons résultats, mais aussi un échec : il s'agit d'une femme de 37 ans, à nouveau enceinte et chez qui l'incontinence a commencé à réapparaître au 5ème mois de sa grossesse. Cette récurrence gravidique permet de constater combien il est peu souhaitable d'opérer tôt les prolapsus.

3/ Dans 4 cas on a pratiqué une interposition vésico-vaginale. Les malades ont été suivies de 1 à 3 ans. Trois résultats sont excellents, le quatrième est moins satisfaisant, car à partir du 18ème mois, le contrôle urinaire n'est plus tout à fait correct et laisse présager une récurrence.

Certains auteurs ont dénié toute valeur à l'interposition pour guérir une incontinence d'urine d'effort. Sur ces quelques cas, nous voyons qu'il n'en est pas ainsi. De plus, dans le service du Docteur RENE à l'hôpital de la Croix St-Simon, une étude faite par LACHENY a confirmé cette notion. Il a vérifié la position satisfaisante de la vessie en s'aidant de cystographies gazeuses combinées à l'hystéroggraphie. De même, NABRISKI et ZELOOF (Israël) sur une série de 45 cas trouvent 29 guérisons, 10 améliorations et 6 échecs. Il est certain que la guérison des incontinences d'urine d'effort par l'interposition vésico-vaginale constitue une preuve expérimentale de l'importance de la réintégration de la vessie dans l'encainte abdomino-pelvienne.

4/ Dans 8 cas, le prolapsus était en voie d'extériorisation et accompagné d'une incontinence modérée. On a pratiqué alors une hystérectomie vaginale avec CAMPBELL, myorrhaphie et colpectomie étendue selon l'âge.

Si dans 5 cas, le résultat est bon, avec un recul de 1 à 3 ans, dans 3 cas cependant il laisse à désirer puisque 3 incontinences ont récidivé. Deux sont minimales et les patientes ne tiennent pas à se faire réopérer. La troisième récidive a nécessité une cervicopexie dont le résultat est très satisfaisant.

Conclusion :

Dans ces 22 cas, la cure du prolapsus a suffi à guérir l'incontinence dans 17 cas (77,3 %). Cependant, la qualité de la guérison nous paraît inégale.

La périnéorrhaphie antérieure ne vaut que ce que vaut le fascia de HALBAN qui vient de donner la preuve de son insuffisance. D'après VERNON BAILEY, la périnéorrhaphie guérit seule-

ment 50 % des incontinenances. L'interposition vésico-vaginale est excellente dans la mesure où elle maintient solidement en place la vessie. L'hystérectomie vaginale avec CAMPBELL n'est pas suffisante en cas d'incontinence. Il faut lui associer un temps urinaire de suspension du col vésical.

C- Dans 46 cas un geste chirurgical spécifique a été pratiqué pour obtenir la cure de l'incontinence.

1/ L'opération de MARION a été réalisée 20 fois :

a- Trois cas ont été revus avec un recul de quelques mois, mais 17 ont été suivis de 1 à 7 ans et demi ; les résultats ont été :

- bons : 13 fois ;
- assez bons : 5 fois (contrôle urinaire insuffisant à l'effort important) ;
- mauvais : 2 fois. Dans ces cas l'incontinence était pratiquement inchangée, l'un de ces cas fut repris avec succès par GOEBBEL-STOECKEL.

b- Cette intervention simple, facile à intercaler dans la cure d'un prolapsus mérite quelques commentaires. Elle peut se borner à rapprocher derrière l'urètre et le col vésical repéré par une sonde de Pezzer, les tissus juxta-urétraux par une série de points en U au fil non résorbable. En ces cas, elle paraît être d'une efficacité douteuse et temporaire. En fait, comme le conseillait MARION lui-même il faut prendre largement les tissus de chaque côté à savoir les ischio-clitoridiens et même le périoste de la branche ischio-pubienne. En pratique, on réalise ainsi une véritable suspension du col vésical par voie basse. Un point mérite cependant d'être précisé, c'est que le serrage des fils doit être modéré de façon à ne pas arracher les prises.

Ainsi réalisée l'opération de Marion mérite de garder une certaine place dans le traitement de l'incontinence.

Il est cependant prudent de la réserver aux incontinen- ces modérées chez des femmes dont l'état général et cardiaque rend désireux de faire une intervention rapide et simple. Cette posi- tion est à mi-chemin des deux opinions extrêmes : celle de ses détracteurs comme LOUIS MICHON qui lui reproche d'entraîner par- fois une aggravation catastrophique de l'incontinence et celle de ses partisans qui ne pratiquent qu'elle.

2/ Dans 5 cas le procédé utilisé fut l'opération de BERKOW. Cette opération, qui cherche comme le Marion, à faire une reposition du col vésical par voie basse, comporte : 1°) la suture de la partie antérieure des releveurs, 2°) la suture des bulbo-caverneux. Selon BERKOW elle s'adresse aux incontinen- ces sévères, mais aussi aux incontinen- ces banales avec cystocèle dont il faut faire la cure. Ici elle fut employée dans des incontinen- ces assez modérées. Aucune n'avait été opérée antérieurement. Le résultat fut très satisfaisant dans 4 cas avec un recul de 3, 4, 6 et 7 ans. Dans le dernier cas, après l'intervention l'amé- lioration était bien modeste et a disparu au cours des semaines suivantes. Il est très vraisemblable que l'on peut incriminer la cause classique d'échec de cette intervention : le lâchage des points qui tendent à déchirer les releveurs et les bulbo-caverneux dans le sens de leurs fibres et ceci d'autant plus facilement que ces éléments anatomiquement éloignés ont été plus fortement rapprochés. Cet inconvénient de l'opération de BERKOW fait que nombres d'urologues et de gynécologues l'ont abandonnée.

3/ La cervicopexie

Appelée opération de PERRIN en France et de MARSHALL- MARCHETTI dans les pays anglo-saxons, la cervicopexie consiste à

faire une reposition du col vésical par des points (2 de chaque côté en moyenne) de fil non résorbable passés dans l'épaisseur de la paroi vaginale antérieure de chaque côté de l'urètre et du col vésical, et passés ensuite dans la partie basse de la gaine des droits.

Elle fut employée dans 8 cas d'incontinence moyenne sans cystocèle notable qui ont été suivis ensuite de 1 à 5 ans. Les résultats furent très bons dans 6 cas (bon contrôle urinaire, pas de pollakiurie).

Dans 1 cas, le contrôle urinaire est imparfait et aggravé par une "pollakiurie volontaire". (La femme vidant le plus fréquemment possible pour éviter les inconvénients de l'incontinence.) Enfin le dernier cas a été un échec complet qui a dû être traité ensuite par suspension aponévrotique.

La cervicopexie (qui selon HODGKINSON pose plus de problèmes qu'elle n'en résoud), jouit à juste titre d'une grande vogue.

- Elle est simple et faite par voie abdominale pure ce qui diminue le risque infectieux. Le repérage de l'urètre et du col vésical ne pose pas de problèmes grâce à la sonde vésicale. Cependant parfois l'opération est gênée par les veines vésicales antérieures qui peuvent entraîner une hémorragie ennuyeuse.

- Elle n'empêche pas une réintervention ultérieure. Dans l'échec ici apporté, la suspension aponévrotique ne fut pas plus difficile que normalement.

- Un point mérite d'être discuté : la méthode qui a été utilisée ici est la cervicopexie simple. Mais les auteurs anglo-saxons font en outre une cystopexie, par plusieurs points, fixant la paroi antérieure de la vessie à la paroi abdominale antérieure. A cette manière de faire on peut adresser 3 reproches.

D'abord celui d'allonger et de compliquer l'intervention. Ensuite d'être inutile car cette pexie vésicale antérieure n'empêche guère le bas fond vésical de se prolaber; Enfin ce geste peut être nuisible du fait des adhérences cicatricielles ainsi créées. Certains auteurs d'Outre Atlantique ont été amenés à réopérer des échecs de cervico-cystopexie. Par la libération d'adhérences, ils redonnaient à la vessie sa mobilité et obtenaient la guérison.

Au total, la cervicopexie doit être isolée, sans cystopexie. Elle constitue une excellente méthode de traitement des incontinenances sans cystocèle importante. Son efficacité peut être préjugée par la manoeuvre de BONNEY. Elle réussit dans 80 % dans la statistique de MARSHALL-MARCHETTI portant 132 cas. Les succès de cette série (84 %) ont un recul pouvant atteindre 10 ans. Cependant certains auteurs comme JEFFCOATE lui reprochent une certaine détérioration des résultats après 2 ans.

4- Les suspensions du col vésical

La suspension du col vésical type GOEBBEL-STOECKEL représente actuellement la méthode la plus efficace pour maintenir le col vésical dans sa position anatomique et pour rendre la vessie continente. Cette méthode a été employée 13 fois.

a- Le matériel employé fut :

- la peau 7 fois ;
- l'aponévrose du grand droit 2 fois ;
- le crino-ruban 4 fois.

La peau fraîche est un matériel de bonne qualité à la seule précaution d'une préparation cutanée préopératoire correcte. La peau conservée au cialit présente les mêmes avantages,

mais nécessite que l'on dispose d'une banque de peau. Dans les deux cas on peut tailler un "hamac sous-vésical" de la dimension nécessaire. Par contre, la peau est susceptible de se détendre, voire se résorber (comme l'avait déjà montré LOYGUE à propos de la cure des prolapsus rectaux par amarrage du promontoire).

L'aponévrose de la gaine des droits est également facile à prélever. Cependant on est limité par la largeur du prélèvement, sinon il en résulte des difficultés de fermeture tout particulièrement à la partie basse de l'incision. Il ne paraît pas avantageux de garder à la bandelette une attache sur l'un des pyramidaux comme le préconise BOTELLA-LUISA pour obtenir le bénéfice d'une certaine contractilité. L'inconvénient de la bandelette aponévrotique est son étroitesse : aussi fait-elle quelque peu corde sous le col vésical.

Le crino-ruban et le tergal sont des matériaux bien tolérés, commodes et toujours disponibles. Cependant la rigidité de la bandelette ainsi obtenue est telle que la moindre imperfection du réglage de la tension peut entraîner une nécrose de la paroi postérieure de l'urètre.

De nombreux autres matériaux ont été utilisés allant du tendon de veau bien connu, jusqu'au faisceau de catgut qui a donné de bons résultats à PLAYFAIR et GIBSON mais laisse très sceptique sur les résultats à distance.

b- La tension à donner à la bandelette est un problème difficile à résoudre. Certains artifices comme la cystographie préopératoire, le remplissage de la vessie avec du sérum, n'ont pas les avantages qu'on pouvait espérer et ne sont guère utilisés, l'expérience de l'opérateur est malheureusement l'élément essentiel. Il nous semble qu'il faille régler la tension de la bandelette de telle sorte que chez l'opérée couchée la direction

de l'urètre soit horizontale ; mais les erreurs restent toujours possibles. Comme le dit ABOULKER : "Il ne faut pas perdre de vue que le but de l'opération n'est pas comme on l'a souvent écrit, de comprimer l'urètre pour former un obstacle à l'urine, mais de le remettre en place et de le fixer dans sa position anatomique". Le point que ne doit jamais perdre de vue l'opérateur au moment de tendre la bandelette est la fragilité de l'urètre. Des destructions de la paroi urétrale avec fistule urétero-cervico-vaginale de la variété la plus difficile à traiter ont été observées par nécrose due à la trop grande tension de la bandelette".

c- Les points d'amarrage

- Habituellement la bandelette est fixée en arrière, sous le col vésical et en avant à la paroi basse de la gaine des droits.

- Cependant, particulièrement avec le hamac de peau conservée, on peut introduire deux variantes. D'abord la partie moyenne du hamac est taillée large de façon à constituer à la vessie un plancher suffisamment vaste. Son bord postérieur peut être en outre fixé au col utérin, pour mieux l'étaler. Quant à l'insertion antérieure, il paraît préférable de la faire plus latéralement qu'il n'est classique de le faire. Ainsi dans le service du Docteur RENE, insère-t-on les deux extrémités antérieures sur les ligaments de Cooper par deux incisions inguinales. Ainsi, la vessie est-elle moins ramassée sur la ligne médiane ce qui paraît plus satisfaisant.

d- Résultats

Les 13 opérées ont été suivies de 6 mois à 3 ans.

On y compte :

- 8 succès ;

- 3 résultats classés assez bons (pollakiurie sans incontinence. Le facteur psychique n'étant pas négligeable dans l'origine de cette pollakiurie).

- 2 échecs.

Les deux échecs

Le premier est une suspension du col vésical par bandelette de peau au cialit. Le résultat a été très bon pendant quatre mois, puis ensuite en quelques semaines le résultat s'est détérioré. Il peut s'agir soit de la désinsertion d'une des attaches antérieures, soit moins probablement de la résorption de la bandelette. Malheureusement cette malade n'a pas été revue et la réintervention n'a pas pu être pratiquée.

Le deuxième échec est survenu après suspension du col vésical par crino-ruban. Il s'agissait d'une incontinence importante qui était pratiquement demeurée inchangée après l'intervention. La cystographie à la chaînette a été dans ce cas particulièrement utile. En effet elle montrait une petite encoche sur le bord postéro-inférieur de la vessie. Cette encoche a été interprétée comme la conséquence de la situation défectueuse du crino-ruban. La repose secondaire de celui-ci permet d'obtenir un résultat assez bon.

Pour terminer il faut mentionner :

- Deux rétentions post-opératoires : l'une de 25 jours et l'autre de 34 jours, nécessitent donc de laisser la sonde à demeure. Pour la deuxième d'ailleurs il s'agissait d'une femme de 57 ans dont le mari dut être opéré dans le même temps et en urgence d'une tumeur cérébrale. L'anxiété bien compréhensible de cette malade n'améliora pas, au contraire, les suites immédiates de son intervention, le résultat ultérieur fut bon.

- Par ailleurs, deux fois on a eu des suppurations après bandelette de peau au cialit. Cela n'a nullement compromis le résultat ultérieur.

LES INCONTINENCES POTENTIELLES

Ces incontinences appartiennent électivement aux prolapsus avec cystocèle importante. Le traitement insuffisant de la cystocèle réintègre incomplètement la vessie dans la cavité abdomino-pelvienne. Le col vésical reste au-dessous du plan des releveurs et dès lors se laisse forcer par la pression intra-vésicale conséquence de la poussée abdominale.

Toute étude de l'incontinence potentielle est handicapée par le fait qu'on parle d'un symptôme qui n'existe pas, et qu'il faut empêcher d'apparaître. Ainsi donc, sur quoi en faire le diagnostic ? Sur quoi apprécier les méthodes qu'on lui propose ?

a- Sur le plan clinique on a appris à se rendre compte que la cure opératoire d'une cystocèle importante peut entraîner une incontinence, d'où la précaution fréquemment mise en oeuvre, de faire un temps urinaire associé.

b- Si BETHOUX et BORY tirent des renseignements importants de la pratique du colpocystogramme, nous avons appris à utiliser un examen plus simple, praticable au cours d'une banale consultation de gynécologie, à savoir l'urétro-kymographie. Quand chez une femme porteuse de cystocèle la pression au repos est inférieure à 50 mm de mercure, il faut se méfier d'une incontinence potentielle et traiter celle-ci à l'avance.

Dans notre série nous avons 28 incontinences potentielles qui furent traitées par :

- 22 opérations de MARION ;
- 6 suspensions du col vésical.

A- L'opération de MARION

Elle a été appliquée dans 22 cas.

Deux malades ont été perdues de vue dès leur sortie de l'hôpital. Mais 20 cas ont été suivis pendant une durée de 6 mois à 4 ans.

On a ainsi obtenu :

- 15 bons résultats ;
- 4 résultats classés "assez bons" (c'est à dire avec pollakiurie mais sans incontinence) ;
- 1 échec complet avec récurrence de l'urétro-cystocèle de façon modérée, mais surtout avec récurrence de l'incontinence stade II. Il fallut réopérer pour pratiquer avec succès un PERRIN.

B- Dans six cas, fut pratiquée d'emblée une suspension du col vésical par crino-ruban (2 cas) et bandelette de peau conservée au cialit (4 cas). Ces interventions étaient pratiquées en complément de colpohystérectomies vaginales. Dans l'immédiat, 2 incidents sont survenus : le premier est une petite suppuration pariétale après bandelette de peau. Comme d'habitude l'évolution fut spontanément résolutive, sans pour autant perturber le résultat ultérieur. Le deuxième est une rétention de 29 jours après mise en place d'un crino-ruban. Après des suites laborieuses le résultat fut satisfaisant. A distance, l'efficacité de ces manœuvres contre l'incontinence potentielle, paraît avoir été satisfaisante puisque celle-ci n'est pas apparue ultérieurement, ceci dans les 6 cas revus avec un recul de 6 mois à 4 ans.

C- Il n'a jamais été pratiqué de cervicopexie, car elle aurait contraint à faire une incision abdominale pour aborder le Retzius. Notons cependant que VERNON BAILEY a proposé une cervicopexie modifiée pour traiter les incontinenances potentielles au cours de l'opération de MANCHESTER. Avant de fermer la

colporraphie antérieure, 2 fils sont passés dans chaque lambeau vaginal à hauteur du col vésical, puis passés ensuite dans le bord interne des releveurs et enfin insérés à la paroi abdominale antérieure, comme lorsqu'il s'agit d'une banale suspension du col vésical, grâce à deux petites incisions abdominales basses de chaque côté de la ligne médiane. La tension des fils est réglée comme au cours de la cervicopexie banale. Grâce à ce procédé, VERNON BAILEY fait état sur 35 cas de 35 succès cliniques et 32 succès radiologiques.

LES INCONTINENCES POST-OPERATOIRES

L'incontinence post-opératoire représente une complication fort désagréable de la cure du prolapsus ; à une infirmité supportable est substituée une autre infirmité plus pénible.

A- Nous en avons 11 cas où l'intervention initiale avait été :

- une fois une périnéorraphie antérieure qui paraissait très valable ;
- trois fois une opération de MANCHESTER ;
- sept fois une hystérectomie vaginale avec colpectomie subtotale.

Aucune de ces patientes n'avait eu de temps urinaire lors de l'intervention initiale.

B- Leur mécanisme n'est pas univoque

1/ Il peut en effet s'agir d'une incontinence potentielle méconnue, ce qui apporte la preuve indirecte de la réalité de celle-ci. Il est inutile de reprendre ce problème et d'insister sur la nécessité d'une urétro-kymographie préopératoire et de mesures thérapeutiques peropératoires adaptées.

2/ Dans 5 cas l'incontinence est en rapport avec une colpectomie étendue. Dans ce cas on observe comme nous l'avons déjà dit une traction inopportune sur l'urètre et le col vésical, traction dirigée en bas et en arrière et prédominant sur la berge postérieure du col vésical et la paroi postérieure de l'urètre. Le résultat est doublement néfaste : d'une part le col est rendu anormalement béant surtout au cours de l'effort

et d'autre part il est attiré dans la zone du "high abdominal pressure effect" (BECK et MAUGHAM). Cette pathogénie explique les accidents analogues constatés à la suite des LEFORT ou de certaines opérations de ROUHIER. Elle constitue un argument de poids pour faire des colpectomies seulement subtotaux en veillant soigneusement à garder un couloir vaginal antérieur sous-urétral qui empêche cette traction malencontreuse.

C- La réintervention ne fut acceptée par les patientes que 3 fois. Il s'agissait de 3 incontinences stade II qui furent traitées par cervicopexie. L'une fut un échec très probablement parce qu'elle n'avait pas remonté suffisamment le col vésical. Il fallut un GOEBBEL-STOECKEL pour obtenir la suppression de l'incontinence.

D- Dans l'ensemble on ne saurait trop insister sur la nécessité de faire d'emblée en une seule fois la cure complète du prolapsus et des lésions associées présentes ou possibles. Car les reprises opératoires, outre leurs désagréments pour la malade et l'opérateur, exposent à une efficacité moins grande. A l'Hôpital de la Croix St-Simon où l'on dispose d'une réserve de peau conservée, la tendance est de l'employer assez largement d'emblée. En effet ce procédé qui permet la contention simultanée de la vessie grâce à une taille convenable, ne comporte guère plus de risque qu'un Marion, pour une efficacité très supérieure.

LES HAMACS

Par le terme de hamac il est habituel maintenant de désigner les hamacs promonto-pubiens ou ceux qui s'en rapprochent. Ils ne furent employés que quatre fois dans notre série, dont une fois après hystérectomie subtotalé. Il s'agissait de prolapsus importants chez des femmes encore jeunes, mais cependant leur stérilité naturelle était chose acquise du fait de la ménopause. La parfaite intégrité radiologique de leur charnière lombo-sacrée avait été bien entendu vérifiée.

1- La technique utilisée nécessite une double équipe, avec comme matériel la peau conservée. L'équipe abdominale fait la fixation de la bandelette taillée assez large (3 cm). Ensuite elle divise la bandelette en deux branches antérieures si ce n'est déjà fait. Ces deux branches vont encercler le col qui doit être attiré le plus près possible du promontoire. Elles sont ensuite passées à l'équipe basse qui les fixe au col, puis insère les deux extrémités antérieures à la partie antérieure des releveurs.

L'opération comporte en outre une péritonisation recto-vésicale excluant le Douglas et, en bas, selon les besoins : une amputation du col, une réfection du fascia de Halban, une myorraphie des releveurs.

Sur le plan anatomique, le résultat obtenu est très satisfaisant : le col est remonté, l'utérus normalement orienté, la vessie est remontée dans le pelvis au-dessus des releveurs.

Les résultats ont été bons 3 fois avec un recul de 1,2 et 5 ans ; col en place, pas de cystocèle, ni de colpocèle antérieure,

pas d'incontinence. Dans le dernier cas cependant, il existe une récurrence indéniable sous forme d'une cystocèle modérée et isolée, mais indiscutable, dont il faudra ultérieurement faire la cure.

Pourquoi choisir cette technique de hamac plutôt que les hamacs promonto-pubiens par voie abdominale pure, utilisés pour la cure des grandes cystocèles dans le service du Professeur HUGUIER ?

1/ Certes, le hamac par voie mixte présente des inconvénients :

- l'un vient du matériel : la peau conservée peut en effet se distendre, mais cela ne semble pas fréquent ;
- la voie d'abord mixte comporte certainement un risque infectieux plus grand du moins en principe. Dans tous les cas cités, les suites ont été simples de ce point de vue ;
- enfin la cure de l'incontinence n'est pas toujours aisée.

2/ Pourtant à l'inverse le hamac par voie abdominale pure, s'il comporte des risques septiques moindres, constitue en fait une intervention laborieuse car :

- la dissection est difficile surtout dans la région urétro-vaginale difficile à atteindre par voie haute seule ;
- le passage des branches antérieures à travers les ligaments pubo-vésicaux peut entraîner des hémorragies tout à fait imprévisibles et très gênantes ;
- ces manoeuvres ne sont pas sans comporter de risques de plaie vésicale, urétrale ou vaginale pour le moins inopportunes.

Enfin, il faut une grande expérience pour régler convenablement la tension du hamac. Il est bien certain que dans le choix d'une technique, importe beaucoup l'habitude que l'on en a acquis, habitude qui conditionne d'ailleurs en partie les succès que l'on obtient.

R E S U M E

Il serait tout à fait mal venu d'espérer résoudre les problèmes thérapeutiques posés par les problèmes génitaux. Peu à peu les procédés opératoires se sont améliorés, mais certains prolapsus récidivent néanmoins, aussi désespérément que certaines hernies.

1/ Les fixations utérines antérieures ont fait la preuve de leur malfaisance possible. Le problème qui se pose à leur sujet n'est plus de savoir si cette méthode peut être appliquée dans certains cas. En effet, on a surtout à traiter ses conséquences malheureuses : élytrocèle, allongement du col. Enfin nombre de femmes ayant subi une ventrofixation sont venues en consultation de gynécologie à l'occasion d'algies pelviennes dues au moins en partie à cette pexie intempestive. C'est là encore un argument de poids dans le sens de l'abstention.

2/ Les périnéorrhaphies antérieures et postérieures ne représentent pas une thérapeutique suffisante. En effet, comme nous l'avons vu, si le prolapsus génital est suffisamment accentué et gênant pour justifier la chirurgie, il faut s'adresser à une opération plus complète type opération de Manchester ou promonto-fixation dont le résultat paraît suffisamment solide pour résister à une, voire plusieurs, grossesses éventuelles.

Cependant il paraît très souhaitable de retarder le plus possible la cure d'un prolapsus jusqu'à l'âge où du fait de la ménopause, aucune fécondité n'est plus possible. Alors on n'aura aucune raison de redouter les conséquences d'une amputation du col qui pourra être pratiquée au niveau désiré.

A ce stade c'est l'opération de MANCHESTER-FOTHERGILL qui paraît la plus souhaitable car la plus anatomique. Deux réserves cependant :

- La première vient de l'importance de la cystocèle et de l'existence éventuelle d'une incontinence d'urines. Il faut avoir recours sans restrictions excessives à l'utilisation d'un hamac sous-vésical de peau conservée. Ce matériau n'est certes pas parfait, mais il a au moins le mérite d'une très bonne tolérance, et son efficacité est très satisfaisante.

- La deuxième réserve concerne les ligaments utéro-sacrés, ou plus précisément leur solidité. En effet, quand ils paraissent cliniquement insuffisants, on peut être amenés à pratiquer une promonto-fixation.

3/ La promonto-fixation a été faite dans notre série selon toutes les modalités possibles : au nylon, à la peau conservée, avec ou sans péritonisation. Dans de nombreux cas, l'utérus venait au contact du promontoire et l'absence de péritonisation n'avait pas eu d'inconvénient. Dans l'ensemble cependant, notre préférence va à la promonto-fixation par l'intermédiaire d'une bandelette de peau au cialit avec péritonisation soigneuse associée.

4/ Les colpohystérectomies vaginales permettent de traiter les prolapsus extériorisés après la ménopause. L'importance de la colpectomie est adaptée à la vie conjugale de la patiente. La reconstitution d'un plancher pelvien est assurée grâce à l'utilisation des ligaments utéro-sacrés selon le procédé de CAMPBELL. Cependant ce procédé ne met pas toujours à l'abri des incontinenances post-opératoires et il peut être nécessaire d'utiliser d'emblée un hamac de peau conservée pour réintégrer exactement la vessie dans l'enceinte abdomino-pelvienne.

Nous n'avons pas parlé à dessein de l'opération de LEFORT. Si sa simplicité plaide pour elle chez la femme âgée atteinte d'un prolapsus subtotal, par contre il faut signaler qu'elle peut échouer - c'est le cas d'une de nos patientes - et qu'elle peut entraîner une incontinence d'urine post-opératoire. Enfin l'utérus n'est pratiquement plus explorable.

5/ Le traitement de la cystocèle peut faire appel à l'interposition vésico-vaginale de l'utérus qui ne mérite ni l'engouement des débuts, ni les dénigrements qui ont suivi. C'est une excellente intervention quand les indications sont judicieusement posées : utérus sain, de volume normal, bien fixé par lui-même et non susceptible d'être gravide. L'exploration yultérieure reste possible presque toujours. Enfin une réintervention n'est pas un problème insurmontable à condition de repérer les uretères comme au cours d'une hystérectomie élargie. Un bénéfice analogue peut être tiré dans certains cas de l'opération de RICHARDSON qui cependant est plus laborieuse. Cependant dans un certain nombre de cas, l'utilisation d'un hamac de peau conservée permet de traiter de façon satisfaisante la cystocèle.

6/ En ce qui concerne les incontinenances d'urines, nous avons vu leur mécanisme. Les incontinenances pré-opératoires nécessitent que la vessie soit réintégrée dans l'enceinte abdomino-pelvienne. Entre l'opération de MARION, geste mineur et parfois critiqué et la suspension du col par un crino-ruban, prennent place toute une gamme d'interventions qui visent au même résultat. Notre préférence va à la cervicopexie type PERRIN pour le traitement de l'incontinence pure et à la suspension du col par une bandelette de peau conservée, s'il existe une cystocèle modérée associée.

Les incontinenances potentielles sont redoutées surtout quand il existe une cystocèle importante pré-opératoire. L'urétro-kymographie, examen très simple, indolore et sans danger, permet de **la prévoir** quand on trouve des chiffres notablement abaissés. Cette constatation invite à faire un geste préventif au niveau du col vésical pour éviter que cette incontinence potentielle ne devienne réelle.

Enfin dans les incontinenances post-opératoires, deux mécanismes interviennent. D'une part une réduction insuffisante de la cystocèle et d'autre part le "scar tissue effect" des anglo-saxons. Ce dernier mécanisme peut être la conséquence d'adhérences pubo-vésicales, mais surtout fait proscrire les colpectomies totales, les opérations de LEFORT, voire les colpohystérectomies type ROUHIER.

Les grands hamacs sont à notre avis d'indication rare : femme encore résistante, cystocèle importante, prolapsus utérin ou du fond vaginal, tandis que la charnière lombo-sacrée est indemne. Au matériau du type tergal, nous préférons la peau conservée.

7/ Enfin, les prolapsus génitaux après hystérectomie posent des problèmes de difficultés variables.

- Après hystérectomie subtotale, l'intervention est relativement aisée, les plans de clivage sont retrouvés, les ligaments utéro-sacrés sont isolés sans trop de peine. L'amputation du col restant est indiquée s'il est pathologique ou allongé. S'il est sain certains opérateurs l'enlèvent néanmoins pour supprimer le mécanisme du "col piston". Mais dans ce cas on peut aussi le suspendre au disque.

- Le prolapsus après hystérectomie totale tend à prendre une importance accrue puisque cette intervention est de plus en

plus souvent pratiquée. La cure est plus difficile du fait des modifications anatomiques qui rendent la découverte des plans de clivage plus laborieuse. Quand le renoncement sexuel est accepté on peut pratiquer une colpectomie subtotale avec myorraphie étendue des releveurs.

Dans l'éventualité contraire, on peut être amené à suspendre le fond vaginal au promontoire par l'intermédiaire d'une bandelette de peau, tandis que la cystocèle éventuelle, et à vrai dire fréquente, peut être traitée par un hamac sous-vésical de peau conservée quand le fascia de Halban ne paraît pas devoir donner la résistance nécessaire. Quand il faut traiter en même temps une cystocèle et un prolapsus du fond vaginal, on peut avoir recours à un hamac promonto-pubien de peau conservée, si l'état de la patiente le permet.

8/ Enfin, on ne saurait trop souligner que le prolapsus génital est une affection sans gravité vitale. Même l'existence d'une incontinence d'urine - infirmité fâcheuse certes - ne saurait faire accepter un risque opératoire exagéré, encore que la patiente le demande parfois expressément.

C O N C L U S I O N S

De cette étude de 340 cas de prolapsus génitaux dont 37 récidives et 44 prolapsus après hystérectomie, on peut dégager les notions suivantes :

1- Les hystéropexies antérieures donnent un nombre considérable d'échecs. Leur conséquence essentielle est l'élytrocèle qui demande en principe à être traitée par voie mixte, à double équipe. En fait, le terrain amène souvent à se contenter d'une intervention moins satisfaisante.

2- Les "périnéorraphies antérieure et postérieure" laissent en place un col qui tendra à forcer la filière génitale. Mieux vaut attendre un âge où le problème de la fécondité se posera plus avec acuité pour faire une cure plus logique et plus solide.

3- L'opération de MANCHESTER paraît l'intervention la plus physiologique lorsque l'amputation du col devient légitime car elle remet le tractus génital en position anatomique.

4- La promonto-fixation devient légitime quand les ligaments utéro-sacrés ne paraissent pas avoir une valeur de sustentation suffisante. Ses complications rachidiennes, rares à vrai dire, doivent encore rendre prudent dans ses indications.

5- L'opération de WERTHEIM-SCHAUTA est une excellente intervention quand l'âge de la patiente et l'intégrité de l'utérus la rendent acceptable.

6- Les colpo-hystérectomies nous semblent devoir être faites selon le procédé de CAMPBELL en y associant une colpectomie subtotale seulement, conservant un couloir vaginal sous-urétral antérieur qui prévient au mieux les complications urinaires post-opératoires.

7- Les prolapsus après hystérectomie subtotale permettent un CAMPBELL sur le col restant. Ainsi est supprimé le mécanisme du col-piston. Le prolapsus après hystérectomie totale est beaucoup plus difficile à traiter. On peut s'aider parfois de la suspension du fond vaginal au promontoire.

8- Pour les incontinences d'urines, deux éléments sont importants :

- l'uréthro-kymographie pour le diagnostic ;
- la suspension du col vésical par une bandelette de peau conservée pour la thérapeutique.

9- Les hamacs promonto-pubiens sont d'indications rares : femme encore résistante, prolapsus important, ménopause accomplie.

10- Enfin, on ne saurait être trop prudent dans les indications thérapeutiques pour une affection qui ne met jamais en jeu le pronostic vital.

VU : LE DOYEN
BROUET

VU : LE PRESIDENT
F. LEPAGE

VU : LE RECTEUR
ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- ABOULKER P. - L'incontinence d'urine à l'effort chez la femme.
Pres. Med. 72, n° 37, 12 sept. 1964.
- ALDRIDGE R. - Stress incontinence of urine.
J.O.G.B.E. Oct. 52-59, pp 681-685.
- ALEKSANDROFF - Retroplexio-operation.
Zentralblatt für Gynäkologie n° 25, 1903, p. 762.
- AMELINE A. - HUGUIER J - SCALI P. - Présentation de documents
et de films sur le prolapsus après hystérectomie.
Mem. Acad. Chir. 1957, 83, 757.
- AVERILL - Parturition following pelvic repair operations.
A New Zealand Survey.
J.O.G.B.E. Vol. LVII N° 3 Juil. 1955 p. 421.
- DE AZEVEDO - L'opération de Kielland dans le traitement des pro-
lapsus génitaux.
Rev. Sud Américaine de Med. et de Chir. Tome II, n° 9,
sept. 1931.
- BAILEY - Clinical investigations into-uterine prolapse with stress
incontinence.
Treatment by modified Manchester Colporaphy. J.O.G.B.E.
Oct. 1958.
- BARAT - Prolapsus génital et fibrome utérin. Etude générale à
propos de 65 observations. Thèse Paris 1960.
- BECK and NORA SHU - Relationship of urethral length and anterior
wall relaxation to urinary stress incontinence.
A.M.J.O.G. 89, n° 6, p. 738.
- BEJAT G. et MERGER R. - Prolapsus génitaux. Etude microscopique
du col utérin.
Histologie, cytologie. Rapports avec le cancer. Pres. Med.
16 Juin 1962, 70, n° 29, 1444-1446.
- BENSON - Surgical complications of vaginal hysterectomy.
S.G.O. Mai 1958.

- BERKOW - Para uréthral fixation for stress incontinence.
Obst. and Gyn. Janv. 1955.
- BETHOUX, BORY et HUGUIER - La vessie contrainte de l'incontinence d'effort.
Gyn. Obst. 1964, 63, 593.
- BETHOUX et BORY - Les mécanismes statiques viscéraux pelviens chez la femme à la manière de l'exploration fonctionnelle du dispositif en position debout.
Ann. de Chir. 1962, 11-12, 887, 916.
- BONNEY - On diurnal incontinence of urine in women.
J.O.G.B.E. 1923, 30, 358.
- BORS - Simple sphincterometer.
J. Urology (Baltimore) 1948, 60, 287-289.
- BRET J. et BARDIAUX M. - A propos de la promonto. fixation.
Rev. du Prat. 1964, XIV, 21, 3645.
- BROCQ P., HOUDARD Cl, WETTERWALD F. - Traitement chirurgical des élytrocèles.
J. Chir. 70, n° 12, Déc. 1954.
- CAMPBELL - Anatomy and histology of sacro-uterine ligaments.
AM J.O.G. Janv. 1950 Greenhill 1950-1951.
- CAMPBELL - Stresse Incontinence -
Urology, 2ème édition, p. 2140.
- CERBONNET G. et LOYGUE J. - Suspension au promontoire dans la cure des prolapsus rectaux et génitaux.
Ann. de Chir. 1965, 19, 214.
- CIBERT et PERRIN - Traitement de l'incontinence d'urine orthostatique.
Urologie Chirurgicale - Edition 1958, 396.
- COLDEFY J.M., BRUNET, FOURCADE C., BILDER A. - Soutenement total d'un double prolapsus utéro-vaginal et rectal par hamac tendu du promontoire au pubis.
Mem. Acad. Chir. 1963, 89, 586.
- CONGER ans Keettel -
Manchester Fothergill operation, its place in
Gynecology. A.M.J.O.G. Sept. 58, Vol. 76, n° 3.

CONTAMIN, FERRIEUX et LORILLOU - L'hystérectomie vaginale avec périnéorrhaphie antérieure et postérieure en deux plans.
R.F.G.O. Nov. 1961, 56, n° 11, 685-721.

CORDIER et THOYEL-ROZAT - A propos de 100 cas d'hystérectomies vaginales.
Pres. Med. 24 dec. 1955.

COUNSELLER - Surgical correction of stress incontinence. Methods and Techniques.
J. Int. Coll. Surg. 1960, 24, 330.

COUNSELLER and SYMMONDS - Vesico-urethral suspensions for urinary stress incontinence. Study of results in 82 patients
A.M.J.O.G. 1958, 75, 525-535.

CROSSEN and CROSSEN - Operative gynecologie.
C.V. Mosby St Louis 1943.

DONALD and FRANKEL - Full thickness anterior colporrhaphy for correction of urinary stress incontinence.
A.M.J.O.G. Dec. 58, Vol 76, n° 6.

EINHORNING - Simultaneous recording of intravesical and intra-urethral pressure.
Acta Chir. Scand. 1961 Suppl. 276.

D'ESLARY - Devenir mécanique de la promonto-fixation des organes pelviens prolabés.
Thèse Paris 1962.

FOTHERGILL W.E. - An operation for prolapse complicated by hypertrophy of the cervix. The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire. 1913, Vol. 24, p. 19-22.

FOTHERGILL W.E. - A further modification of anterior colporrhaphy with amputation of the cervix. The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire. Vol. 26, p. 29-31, 1914.

FOTHERGILL W.E. - The ends results of vaginal operation for genital prolapse.
The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire. 1921, Vol. 28, p. 251-254.

- FOTHERGILL W.E. - The development of vaginal operations for genitale prolapse.
British Medical Journal. 1926, Vol. I, p. 274.
- FUNCK-BRENTANO - Le problème de la cystocèle.
Actualités gynécologiques de l'Hôpital BROCA - 1ère série.
- GARDINER - Cineradiographic studies of female urinary continence.
A.M.J.O.G. 1961, 82, 1112.
- GRANJON A. et CHEVALLIER G. - L'interposition vésico-vaginale de l'utérus.
Ann. de Chir. Sept. 1961, 15, n° 17-18, 1173-1178.
- GRANJON A. et PARENT B. - Prolapsus et l'incontinence d'urines.
Gyn. Obst. 64, n° 2, p. 175-116.
- GRANJON A. et CHEVALLIER G. - L'amputation du col utérin. Indications, techniques et résultats.
Pres. Med. n° 29, 16 Juil. 1962 p. 1431-1433.
- GRANJON A., PHILIPPE et BEAU - Allongement et hypertrophie du col.
Pres. Med. n° 86, 25 dec. 1965, p. 1857-1839.
- GRASSET J. - La cystosphinctero-métrie.
Masson Paris 1964.
- GREENHILL J.P. - Surgical Gynecology.
Year Book. Chicago 1952.
- HAWKORTH and ROUX - Vaginal hysterectomy.
J.O.G.B.E. April 1958.
- HERVET E. et HUGUIER J. - La chirurgie du col au cours du traitement des prolapsus génitaux.
Bull. Fed. Gyn. Obst. 1961, 13, suppl. n° 1 bis, 5I-60.
- HERVET et HUGUIER - Les résections et amputations du col (en particulier pendant la cure des prolapsus génitaux).
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1961, 13, Suppl. n° 1 bis 6I-9I.
- HILL E.C. et HOAG R.W. - Experience with the Manchester operation
Surgery, Gynecology and Obstetrics. Vol. 104, Fev. 1957,
n° 2, pp. 167-176.

- HODGKINSON - Relationships of the female urethra and bladder in urinary stress incontinence.
A.M.J.O.G. 1953, 65, 560-573.
- HODGKINSON - Urinary stress incontinence in the female.
Clin. 6, pp. 154-177.
- HODGKINSON - Urinary stress incontinence in female. Effects of coitus, parturitions, menopause and uterine suspension.
A.M.J.O.G. 1957, 73, 518-535.
- HUGUIER J., CERBONNET G. - La miction et ses troubles au cours des prolapsus génitaux.
Mem. Acad. Chir. 1964, 316-318.
- HUGUIER J. - Statique anatomo-physiologique de pelvis et cure des prolapsus vaginaux.
Concours Médical 1951, 1567.
- HUGUIER J. - Pathologie et formes anatomo-cliniques des prolapsus vaginaux.
Rev. du Prat. 1958, 8, 10, 1039.
- HUGUIER J. et SCALI P. - La suspension postérieure de l'axe génital au disque lombo-sacré dans le traitement de certains prolapsus.
Pres. Méd. 1958, 66, 781.
- HUGUIER J. - Soutènement de la vessie en hamac dans la cure de certains prolapsus.
Jour. de Chir. 1958, 76, 84.
- HUGUIER J. - Pathogénie et formes cliniques des prolapsus vaginaux.
Rev. du Prat. 8, 1958, p. 1039.
- INGELMAN, SUNDBERG - Stress incontinence of urine.
J.O.G.B.E. 1952, 59, 699.
- JAMAIN B., LETESSIER A. et GRENET C. - Traitement de la rétroversion par Douglasséctomie et plicature des ligaments utéro-sacrés.
Gyn. et Obs. 61, n° 2, 1962, pp. 230-240.
- JEFFCOATE and ROBERTS - Stress incontinence of urine.
J.O.G.B.E. 1952, 59, 685-697.

- JEFFCOATE - The results of the Aldridge sling operation for urinary stress incontinence.
J.O.G.B.E. 1956, 63-36.
- KEGEL - Stress incontinence of urine in women. Physiologic treatment.
J. Int. Coll. Surg. Avril 1956, 25, 487-499.
- KRIGE - Repair of genital prolapses combined with the vaginal hysterectomy.
J.O.G.B.E. Août 1962.
- LACHENY G. - Etude critique d'une série homogène de cinquante interpositions vésico-vaginales.
Thèse Paris 1963.
- LANGREDER - Das Parametrium.
G. Thieme Ed. LEIP. 3 ig.
- LANGREDER - Incontinence d'urines relative chez la femme.
Deutsche Med. WS Chr. 3I Janv. 1964, n° 89; n° 5, 220-223.
- LANGUEPIN, RETTORI, EPPFELBAUM - Spondylo-discite après suspension postérieure pour cure de prolapsus génital.
Mem. Acad. Chir. 1963, 89, n° 7-8, 215-249.
- LEIBOVICI et YOVANOVITCH - La suspension haute de l'utérus est l'opération de choix dans le traitement des prolapsus génitaux rebelles.
Jour. de Med. de Paris, 20, 1, 1938.
- LEPAGE F. et de TOURRIS - Conceptions actuelles sur la miction de la femme.
Gyn. Obst. Janv. Mars, 1960.
- LOWRIE - Gynecology surgical techniques.
Ch. C. Thomas, Edit. Springfield. Illinois.
- LOYGUE J. - A propos des spondylo-discites graves après fixation du col utérin au promontoire.
Mem. Acad. Chir. 1963, 89-405.
- MAGENDIE J., BOURSIER D., SANTENAG M. - L'amputation du col et ses associations. La triple opération périnéale.
Assises Franç. de Gyn. Paris, Juil. 1954.

- MAGENDIE J., LANCE J. et LAMARCHE P.H. - Les troubles fonctionnels uréthro-vésicaux associés aux prolapsus génital féminin.
XXème assises Franç. de Gyn. Masson Paris 1960.
- MAGENDIE J. - La triple opération périnéale dans le traitement du prolapsus génital.
Ann. de Chir. 29, n° 3, 18 mai 1953, pp. 164-173.
- MALPAS P. - An intravaginal technic for the Manchester and the anterior colporrhaphy operations.
The Journal of Obst. and Gyn. of the British Empire. 48, n° 4, Août 1941, pp. 523-526.
- MALPAS P. - Genital prolapse and allied conditions.
Harvey and Blythe. Londres 1955.
- MALPAS P. - The choice of operation for genital prolapse.
Progress in Gynecology. Meigs and Sturgis ed. Grune et Stratton. 1957, 3, p. 663.
- MARCHETTI A. - The female bladder and urethra before and after correction for stress incontinence.
A.M.J.O.C. 1949, 58, 1145.
- MARCHETTI A. - Urinary incontinence.
J.A.M.A. 162, 13 66 - 13 68 8 dec. 1956.
- MARION G. - Traité d'urologie.
Masson Paris 1935.
- MATHIEU - Hystérectomie vaginale dans le traitement des prolapsus génitaux.
R.F.G.O. Nov. 1958.
- MEILLERE J. - Hystérectomie vaginale avec colpectomie totale dans la cure des prolapsus du 3ème degré chez la femme âgée.
Jour. de Chir. Oct. 1962, 84, n° 4, pp. 321-333.
- MERGER R. - Conduite à tenir devant un prolapsus génital.
Concours Médical 6 juin, 1964, 86, n° 23, pp. 3777-3778.
- MERGER P., LEVY J., MELCHIOR J. - Traitement chirurgical des prolapsus génitaux.
Masson Paris 1964.

- MUELLNER S.R. - The nature of stress in urinary stress incontinence in women.
S.G.O. 1962, 114, 568-572.
- MULVANY J.H. - Vésico-urethrolisis for urinary incontinence.
S.G.O. 1958, 107, pp. 511-522.
- MUSSET R., COTTRELL M. et COHEN J. - Cure chirurgicale des déchirures obstétricales anciennes du périnée du 3ème degré avec incontinence sphinctérienne anale.
Jour. de Chir. Dec. 1963, 86, n° 6, pp. 661-678.
- MUSSET R. et BARRAT R. - Fibromes utérins et prolapsus génitaux.
Gyn. Obst. 62, 1963, 3, pp. 337-354.
- MUSSET R. - Les indications thérapeutiques dans les prolapsus génitaux.
Semaine des Hôpitaux 8 Juin 1964.
- NABRISKI S. and ZELOOF D. - The interposition operation for treatment of stress incontinence with prolapsus.
J.O.G.B.E., 1962, 69, n° 3, 406-408.
- NEMIR A. and MIDDLETON R.P. - Stress incontinence in young nulliparous women, a statistical study.
A.M.J.O.G. 1954, 68, 1116.
- NEUHAUS L. - Über den Einfluss der Manchesteroperation und der einfachen Portioamputation mit Muttermundsplastik auf die Gestation.
Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 19, Oc. 1959, p. 902.
- PALMER R. - La colporrhaphie antérieure et ses compléments.
Assises Françaises de Gynécologie. Paris, Juil. 1954.
- PALMER R. - Technique détaillée de l'interposition vésico-vaginale de l'utérus avec amputation du col.
7, 19 avril 1937, p. 108.
- PALMER R. - Le choix du procédé opératoire dans le traitement des prolapsus génitaux.
Assises Françaises de Gynécologie. Paris, Juil. 1954.
- PALMER R. - Manométrie urétro-vésicale dans les troubles fonctionnels urétro-vésicaux en Gynécologie.
Masson et Cie, Paris 1960.

PARENT B. - L'incontinence d'urines du post-partum.
Gyn. Obst. 1965, 64, n° 4, pp. 529-540.

PHANEUF L.E. - The surgical treatment of prolapses of the uterus and vagina. A report of 730 personal operations.
Surgery, Gyn. and Obst. 77, n° 2, pp. 209-213.

PHANEUF L.E. - The management of prolapse of the uterus and vagina.
Progress in Gyn. Meigs and Sturgis. Ed. 2, 1950. Grune et Stratton. Londres p. 655.

PULSFORD - Technique de l'étude radiologique de la vessie et de l'urèthre chez la femme.
XXè Assises Françaises de Gyn. Masson Paris 1960.

POILLEUX F., HOUDARD Cl., BAUBION P. - Observation de lombo-discite après promontofixation.
Mem. Acad. Chir. 16 oct. 1957.

POILLEUX F., HOUDARD Cl., BAUBION P. - Résultats et Indications Thérapeutiques des prolapsus génitaux après hystérectomie.
Mem. Acad. Chir. 16 Oct. 1957.

RANGE and WOODBURNE - The gross and microscopic anatomy of the transverse cervical ligament.
A.M.J.O.G. 90, n° 4, 460-467.

RAVINA J.H. - Prevention et traitement du prolapsus du dome vaginal.
Pres. Med. 23 nov. 1961, n° 31, 1690.

RENE L. et SUREAU G. - Place de l'interposition vésico-vaginale dans le traitement des prolapsus génitaux.
Press. Med; 72, n° 9, 22 nov. 1964.

RENE L. et LORD G. - Incidences orthopédiques des fixations au disque lombo-sacré.
Mém. Acad. Chir. 1964, 18, 1072.

RIVIERE M., CHASTRUSSE L., MORIN J. - Evolution de la grossesse chez les femmes ayant subi antérieurement une amputation du col.
Bull. de la Réd. 8, n° 4, p. 482.

ROBERT H.G. - Principes du traitement des prolapsus génitaux.
Jour. de CHIR. 86, 1963; n° 1-2, pp. 61-76.

- ROBERT H. et BOURY, HEYLER C. - les prolapsus après hystérectomie.
A propos de 26 observations personnelles.
Ann. de Chir. 1964, 18, 1072.
- ROGNON L.M. - A propos du traitement des cystocèles.
Pres. Med. 1955, 65, 651.
- ROMAN C. - Récidives des prolapsus après intervention.
Rev. Franç. de Gyn. Obst. 1960, 55, 635.
- ROUHIER - Traitement des prolapsus utéro-vaginaux.
Actualités Gyn. (I).
- SCALI P. - Trois cas de grossesse après hystéropexie isthmique postérieur ou promontoire.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Janv. Mars 1963, 15, n° 1, 48-52.
- SCHLOGEL G. - Les prolapsus génitaux, étude clinique et proposition de tactique opératoire d'après 316 dossiers).
Thèse Paris 1963.
- SHAW W.F. - The Manchester operation for genital prolapse.
The Journal of Obst. and Gyn. of the British Empire. 54, n° 5, Oct. 1947, pp. 632-635.
- SHAW W.F. - The operative treatment of genital prolapse.
In "modern Trends in Obs. and Gyn. Kenneth Bowes. Londres 1950.
- SHIRODKAR - Réorientation de nos idées sur l'anatomie des ligaments de l'utérus et nouvelles techniques opératoires pour le traitement des prolapsus utérins.
R.E.G.O. 1954, 49, 332.
- SICARD A. et COUDERC M. - Spondylo-discite grave après fixation du col utérin au promontoire.
Mem. Acad. Chir. 1963, 39, 258.
- SOLOMONS E. - The cure of uterine prolapse with special reference to the Manchester operation.
Am. Jour. Of Obst. and Gyn. 70, n° 3, sept. 1955, pp. 514-520
- SPALDING A.B. - A study of frozen sections of the pelvis with description of an operation for pelvic prolapse.
Surgery, Gyn. and Obst. 29, 1919 P. 259.

- SPEIRS - The abdominal approach for repair of a cystocèle.
S.G.O. 1956, 102-245.
- STURMDORFF A. - Tracheloplastic methods and results.
A clinical study based upon the physiology of the mesometrium
Surgery, Gyn. and Obst. 12, n° 1, pp. 93-104.
- SUREAU CL. et RAVINA J.H. - Technique chirurgicale en images.
Prolapsus génitaux. Pres. Med. 1963, 73, 337.
- SVENNERUND S. - Risk of abortion after amputation of uterine
cervix.
Acta obstetrica et gynecologica scandinavia. 38, Supp.
p. 105-107.
- SVENNERUND S. - Prolapse of uterus and vagina.
Review of 539 cases. Acta obst. et Gyn. Scandinavica. 37,
1958, p. 416.
- TARANTO E. - Traitement intégral des fascias dans la cure chirurgi-
cale des prolapsus génitaux.
Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst. 1954, n° 7-8, pp. 196-210.
- TE LINDE R.W. - Operative Gynecology. 2
2ème Edition. Lippincot. cie. Montréal.
- TE LINDE R.W.E. - The urethral sling operation.
Clin. Obst. Gyn. 1963, 205-219.
- TOUPET A. - A propos des spondylo-discites après suspension pour
cure de prolapsus génital.
Mem. Acad. Chir. 1963, 89-278.
- VIALLE P. - Du rôle de l'amputation du col dans la chirurgie du
prolapsus.
Mem. Acad. Chir. 22 Juin 1965.
- VERNET G. - Physiologie de la miction.
Urologie 1959, 26, 113, 123.
- YOUSSEF A.F. - Sphincter incontinence of urine in the female.
Acta obst. Gyn. Scand. 36, 1957, 439, 458.
- YOUSSEF A.F. - Gynecological Urology
C.C. Thomas Edit. Springfield. 1960
- ZACHERI U.H. et TISCHER H. - Critique de l'opération avec inter-
position.
Wien. Klin. Woch. Sept; 1951, n° 35-36, 635-637.

